

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
**Discordance entre les Troubles Moteurs,
Sensitifs et Sécrétoires**
DANS LES DYSPEPSIES



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 3 Juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel MILHAUD

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né à Lyon, le 18 Janvier 1890



LYON
IMPRIMERIE DU CENTRE — COMMARMOND & SALLAZ
9, RUE QUATRE-CHAPEAUX

—
Juin 1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Discordance entre les Troubles Moteurs,

Sensitifs et Sécrétoires

DANS LES DYSPEPSIES

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ . . . *Doyen* — LÉPINE . . . *Assesseur*

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
Cliniques chirurgicales	TIXIER
	BÉRARD
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique des maladies nerveuses et mentales	LÉPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	WEILL
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.)
Physique biologie, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MOREAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Anatomie générale et Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales	MOURIQUAND
Anatomie Pathologique	PAVIOT
Médecine opératoire	X...
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING
Médecine légale	ETIENNE MARTIN
Hygiène	COURMONT
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladie des oreilles du nez et du larynx	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL	agrégé
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Embryologie	X...	—
Anatomie topographique	PATEL	—
Botanique	BRETIN	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD	—
Clinique infantile	X...	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	DUROUX
BARRAL	BRETIN	GARIN	BONNAMOUR, chargé
COMMANDEUR	LERICHE	SAVY	des fonctions.
NEVEU-LEMAIRE	THÉVENOT (LÉON)	FROMENT	SARVONAT id.
LAROYENNE	TAVERNIER	THÉVENOT (LUCIEN)	GRAVIER id.
VORON	CADE	PIÉRY	ROUBIER id.
NOGIER	GUILLEMARD	COTTE	FAVRE id.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PAVIOT, *Président* ; CADE, *Assesseur* ;
MM. SAVY, et PIÉRY, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1919-1920 - N° 276

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE
DE LA
**Discordance entre les Troubles Moteurs,
Sensitifs et Sécrétoires**
DANS LES DYSPEPSIES



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 3 Juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel MILHAUD

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né à Lyon, le 18 Janvier 1890



LYON
IMPRIMERIE DU CENTRE — COMMARMOND & SALLAZ
9, RUE QUATRE-CHAPEAUX

Juin 1920

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de ma bien vive
reconnaissance et de ma profonde
affection.

A MES PARENTS

À MES AMIS

A MES MAÎTRES
DES HOPITAUX ET DE LA FACULTÉ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PAVIOT

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous le remercions bien vivement de l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SAVY

Professeur agrégé
Médecin des Hôpitaux

Qui nous a donné l'idée de ce travail. Nous nous souvenons avec plaisir que nous avons eu l'honneur d'être son élève et nous le remercions de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée. Nous le prions de bien vouloir accepter l'hommage de nos sentiments respectueusement dévoués.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CADE

Professeur agrégé
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous communiquer ses documents et accepter de faire partie du Jury de notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIÉRY

Professeur agrégé
Chevalier de la Légion d'Honneur

Dont l'amitié nous est précieuse. En témoignage de reconnaissance pour la nouvelle marque d'intérêt qu'il veut bien nous donner en acceptant de juger notre travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOYON

Professeur de Physiologie
Chevalier de la Légion d'Honneur

En remerciement du bienveillant accueil qu'il nous a réservé dans son laboratoire.

INTRODUCTION

CONSIDERATIONS GENERALES SUR LES DYSPEPSIES. — HISTORIQUE. CLASSIFICATIONS.

Le terme de dyspepsie semble avoir été créé par un médecin anglais du XVI^e siècle, Jean de Boris. Il fut particulièrement en honneur auprès des médecins du XVII^e siècle, concurremment avec les expressions de bradypepsie et d'aepsie, et il en existe un témoignage assez inattendu dans un dialogue célèbre du « Malade imaginaire ». Mais si l'expression a fait fortune au point qu'elle a persisté jusqu'à nos jours avec un succès à peine voilé, elle a pendant longtemps servi à désigner les faits les plus incertains et les plus disparates.

En 1787, **Cullen** classait dans les dyspepsies toutes les affections de l'estomac qu'il divisait en deux grandes catégories : les dyspepsies essentielles et les dyspepsies symptomatiques de lésions gastriques. **Broussais**, en 1811, niant l'existence des dyspepsies essentielles, établit sa théorie de la gastrite dans laquelle il englobait, d'ailleurs, la plupart des affections aiguës ou chroniques. Défendue avec une rare éloquence, cette doctrine

domina la science jusqu'au moment où **Chomel** (1838), s'affranchissant résolument des idées régnantes et renouvelant la conception des dyspepsies, groupa sous cette dénomination générale tous les troubles fonctionnels de l'estomac sans lésions de l'organe. Il eut soin également de faire remarquer qu'il n'en faisait pas la base de toute la pathologie, comme Broussais de la gastrite.

Les médecins se partagèrent alors en deux camps. Tandis qu'en Allemagne **Rokitansky**, **Niemeyer** acceptaient les idées de Broussais, en France l'Ecole clinique avec **Beau**, **Trousseau** et **Pidoux**, en Angleterre **Graves**, **Elliotson** adoptaient les idées de Chomel. Organiciens et vitalistes restèrent ainsi en présence jusqu'à l'avènement du chimisme stomacal, et jusque vers 1880, la théorie des dyspepsies reposa uniquement sur quelques considérations cliniques confuses sans base scientifique sérieuse.

LES TRAVAUX DES PHYSIOLOGISTES.

Les recherches des physiologistes avaient depuis longtemps attiré l'attention sur l'importance de la sécrétion gastrique. Dès la fin du XVIII^e siècle, **Réaumur**, puis **Spallanzani** étudiaient le suc gastrique des animaux et on peut même dire que ce dernier auteur entrevit à peu près tous les processus généraux de la digestion. Puis, successivement, les observations de **Beaumont** sur le Canadien Saint-Martin ; les travaux de **Blondlot**, en 1843, sur la création expérimentale des fistules gastriques chez les animaux ; ceux de **Prout**, en 1825, de **Bidder** et **Schmidt**, en 1852, sur l'acide chlorhydrique du suc gastrique et enfin la connaissance de la pepsine, mirent largement en évidence la valeur physiologique

de la sécrétion de l'estomac.

Ces données importantes n'étaient pas sans avoir frappé certains cliniciens, et **Germain Sée** s'affirma comme le véritable précurseur de l'ère nouvelle, en écrivant, bien avant que l'examen chimique ne produisît tous ses résultats : « Les digestions sont avant tout des opérations chimiques ; il ne saurait y avoir, par conséquent que des dyspepsies du même ordre ». Autrement dit : « les dyspepsies sont chimiques ou elles ne sont pas ».

L'AVENEMENT DU CHIMISME

Néanmoins, ce n'est que cent ans après les premières recherches de Spallanzani que fut reprise, au point de vue clinique, l'étude du suc gastrique. Jusqu'alors avait manqué un moyen simple permettant de recueillir ce suc chez l'homme. C'est sa découverte qui ouvrit la voie à l'examen chimique.

A la suite de la communication de **Küssmaul**, au Congrès des médecins de Francfort, au sujet de l'application de la pompe stomacale à la cure des affections gastriques, **Leube** eut l'idée d'employer cet appareil à l'exploration de l'estomac et pratiqua, en 1871, le premier tubage dans un but diagnostique, pour déceler l'insuffisance motrice. La méthode était trouvée, elle eut un succès retentissant, non seulement en Allemagne, mais aussi en France et ne cessa de se développer et de se perfectionner. On s'attacha tout d'abord à l'étude de la valeur qualitative de la sécrétion gastrique au moyen de réactifs colorants les plus divers dont **Laborde** et **Dusart** avaient fourni les premiers éléments. Puis on voulut faire des dosages plus précis et alors inter-

vinrent les procédés d'analyse chimique les plus variés et les plus complexes, depuis celui de **Töpfer** jusqu'à celui de **Hayem** et **Winter**. Parallèlement, l'opération du sondage stomacal était simplifiée, sa technique rendue plus précise. Au tube de **Küssmaul** trop rigide on substituait la sonde-siphon de **Faucher** (1882), plus souple ; enfin, la composition du repas d'épreuve, dont Leube avait eu le premier l'idée, était modifiée suivant que l'on se proposait l'étude de la sécrétion, des fermentations ou de l'évacuation plus ou moins rapide de l'estomac.

Les résultats de cette méthode furent, dès le début, encourageants. En 1879, **Van den Velden** découvrit l'hypochlorhydrie dans le cancer ; puis l'hyperchlorhydrie fut, à son tour, reconnue et l'on s'aperçut qu'elle accompagne l'ulcère de l'estomac aussi souvent que l'hypochlorhydrie le cancer. En 1884, **Reichmann**, puis quelques années plus tard **Riegel** décrivirent un syndrome dyspeptique tardif qui fut ensuite retrouvé par tous les auteurs. Ce syndrome caractérisé par la douleur à type tardif, l'hypersecretion à jeun et l'hyperchlorhydrie avait déjà été noté par Cruveilhier dans l'ulcère. Comme le point commun des deux affections était l'hyperchlorhydrie, on en vint à considérer ce syndrome dyspeptique tardif comme plus particulièrement lié à cette viciation sécrétoire, que celle-ci fût protopathique ou symptomatique d'un ulcère.

La pathologie gastrique, jusque-là pleine d'obscurité, hérissée de théories confuses, parut s'éclairer soudainement à la lumière de ces faits nouveaux ; on reconnut en particulier que certaines gastropathies s'accompagnaient d'une augmentation, d'autres d'une diminution de la sécrétion chlorhydropeptique, et les troubles dys-

peptiques furent considérés comme étant sous la dépendance des troubles sécrétoires. L'aphorisme de G. Sée parut se vérifier.

LES TROUBLES DE LA MOTRICITE

En réalité cette formule était trop exclusive, aussi reçut-elle bientôt des atténuations. Les études des Allemands sur l'insuffisance motrice et, en France, les travaux de **Bouchard** en 1884, ceux de **Germain Sée** et **Mathieu** sur la dilatation atonique, ceux enfin de **Bouveret** mettant en lumière l'importance des troubles moteurs obligèrent à tenir compte de ce nouveau facteur dans la genèse des états dyspeptiques.

La dyspepsie apparut alors, à la plupart des auteurs, comme un syndrome constitué par un élément sensitif associé non seulement à des troubles du chimisme, mais aussi à des troubles de la motricité.

LES CLASSIFICATIONS

Cette conception a servi de base au plus grand nombre des classifications cliniques durant ces trente dernières années. Nous énumérerons les principales.

Tout d'abord **Debove** et **Rémond** décrivent une forme gastralgique pure, une forme gastralgique avec troubles du chimisme et une forme gastralgique avec troubles moteurs, suivant la prédominance de tel ou tel symptôme sensitif, moteur ou sécrétoire. Mais ils ont bien soin d'ajouter que c'est là une dissociation artificielle, car le facteur principal du syndrome n'est réellement jamais isolé.

Hayem s'est attaché plus spécialement à donner aux troubles dyspeptiques une caractéristique chimique, car

pour lui il y a une relation étroite entre l'état de la muqueuse et la sécrétion gastrique. C'est ainsi qu'il décrit une gastrite hyperpeptique qui revêt cliniquement les allures de la dyspepsie hyperchlorhydrique et une gastrite hypopeptique qui, avec ses malaises flatulents précoces, son insuffisance sécrétoire et motrice, rappelle assez bien la dyspepsie généralement appelée hypochlorhydrique.

M. Bouveret décrit également, dans son traité, une dyspepsie hyperchlorhydrique caractérisée par le syndrome douloureux tardif et une dyspepsie dite « atonie gastro-intestinale neurasthénique » qu'il place dans le cadre de la dyspepsie nerveuse et dans laquelle l'atonie stomacale est associée à la diminution de la sécrétion. L'auteur considère la simultanéité de l'atteinte de la motilité et de la sécrétion comme un des caractères les plus nets de cette variété de dyspepsie.

A. Mathieu divise à son tour les dyspepsies en dyspepsie hyperchlorhydrique où l'augmentation de HCl est le maître symptôme et qui correspond cliniquement au syndrome dyspeptique tardif, et en dyspepsie sensitivo-motrice qui n'est autre chose que la dyspepsie atonique des auteurs. Dans cette forme, le chimisme est le plus souvent inférieur à la normale, il y a des phénomènes sensitifs du type flatulent, et enfin un certain degré d'insuffisance motrice. Il en existe une variété grave qui répond à ce qu'on appelle actuellement la dyspepsie neurasthénique.

Pour **Soupault, Robin**, il y a deux variétés essentielles de dyspepsies : une dyspepsie hypersthénique et une dyspepsie hyposthénique ou asthénique. Dans l'une, comme dans l'autre, la motricité, la sensibilité et la

sécrétion sont altérées au même titre. Il y a un rapport déterminé entre les troubles de la motricité et de la sécrétion d'une part, et la symptomatologie clinique d'autre part, dit Soupault. De même **Robin** repousse toute dissociation pathologique des fonctions de l'estomac. La dyspepsie hyposthénique ou asthénique, c'est la forme avec hypochlorhydrie, malaise flatulent, et insuffisance musculaire gastrique. La dyspepsie hypersthénique se caractérise, au contraire, par l'excitation fonctionnelle des trois éléments de l'activité gastrique. Il n'est, d'ailleurs, que juste de faire remarquer que **Soupault** n'admet pas pour cela qu'il y ait un rapport pathogénique entre l'hyperchlorhydrie et les troubles moteurs et sensitifs. Mais, cliniquement, tout se passe comme s'il y avait excitation parallèle des trois fonctions de l'estomac et c'est là ce qui constitue vraiment le syndrome que Soupault, reprenant une théorie de **Peter**, serait tenté de rattacher à une névralgie du vague, l'opposant ainsi à la dyspepsie sympathique ou asthénique.

L'étude de ces diverses classifications montre que malgré la différence des appellations, elles aboutissent presque toutes à la constitution de types cliniques très voisins. A l'hypersthénie correspondent l'hyperchlorhydrie de Mathieu, de Bouveret, etc... l'hyperpepsie de Hayem ; à l'hyposthénie se rattachent plus nettement encore l'hypochlorhydrie, l'hypoepsie de Hayem, la dyspepsie sensitivo-motrice de Mathieu, l'atonie gastro-intestinale de Bouveret. En dépit de la divergence des conceptions pathogéniques des auteurs en ce qui concerne l'essence même des dyspepsies, il est un fait qui paraît avoir été accepté par le plus grand nombre d'en-

tre eux : c'est au point de vue clinique un certain parallélisme entre les troubles moteurs, sensitifs, sécrétoires. Et en somme on peut dire, sans torturer les faits, qu'il semble bien que les classiques aient reconnu cette donnée très simple, il y a des dyspepsies par excès, d'autres par insuffisance, l'excès ou le défaut s'appliquant simultanément à tous les modes de fonctionnement de l'estomac.

Ce point de vue domine encore nettement la conception clinique actuelle des états dyspeptiques et l'on trouve communément décrits dans les ouvrages spéciaux, surtout sous la dénomination d'hyperchlorhydrie et d'hypochlorhydrie, des syndromes dyspeptiques dont les caractères symptomatiques témoignent assez de la permanence des idées classiques. Ces syndromes sont bien connus, mais nous croyons cependant nécessaire d'en donner ici une description aussi succincte que possible, qui nous permettra de mieux fixer ensuite et l'orientation et les limites de notre travail.

SYNDROME HYPERCHLORHYDRIQUE

(Hypersthénie de Robin, hyperpepsie de Hayem, hyperchlorhydrie de la plupart des auteurs).

A l'augmentation anormale de l'acidité chlorhydrique, s'ajoute une exagération du tonus de l'estomac dont le terme le plus élevé est le spasme. Cliniquement, il s'agit d'accès gastralgiques survenant suivant un horaire nettement en rapport avec celui des repas. Deux, trois ou quatre heures après le repas de midi, moins souvent au cours de la nuit, après le repas du soir, plus rarement encore le matin, le malade est pris d'un accès

douloureux débutant par une sensation de brûlure à l'épigastre, bientôt suivie de grandes douleurs sous forme de sensations de lancées, de constriction ou de transfixion. Ces sensations s'irradient plus ou moins à la base du thorax, surtout à gauche et quelquefois vers un point dorsal situé à gauche de la colonne vertébrale entre la X^e et la XII^e dorsale. L'accès peut durer de une demi-heure à quelques heures, parfois jusqu'au repas suivant. L'ingestion d'aliments exerce sur lui une action sédative remarquable. Il peut y avoir accessoirement des éructations, du pyrosis, et l'accès peut se terminer, mais d'une manière inconstante, par le rejet d'un liquide chaud, acide, qui agace les dents et détermine une vive brûlure rétrosternale. L'appétit est conservé, souvent même augmenté avec faim douloureuse ; la constipation est très fréquente. L'état général enfin est ordinairement peu atteint.

À côté de cet accès typique, il en existe des variétés moins accentuées, caractérisées seulement par du pyrosis avec brûlure rétrosternale et régurgitation acide, ou par de la céphalée avec douleurs thoraciques, ou encore plus simplement par un brusque reflux de salive dans la bouche. Ce qui rattache ces symptômes atténués aux grands accès douloureux, c'est qu'ils apparaissent suivant l'horaire tardif. Il y a lieu de signaler que plus exceptionnellement le syndrome hyperchlorhydrique peut se manifester par des phénomènes douloureux précoces.

SYNDROME HYPOCHLORHYDRIQUE

(Hyposthénie, hypopepsie, d. sensitivo-motrice, etc...)

Ici, à l'insuffisance sécrétoire révélée par le chi-

inisme, s'ajoute l'insuffisance motrice par atonie stomacale. Les symptômes subjectifs réalisent ce qu'on appelle le syndrome flatulent caractérisé par l'apparition de malaises précoces survenant un quart d'heure à une demi-heure après les repas. Le malade, sans trop souffrir, se plaint surtout d'une sensation de gêne, de pesanteur abdominale ; il y a en même temps parfois du ballonnement réel de l'épigastre, avec palpitations, dyspnée légère, congestion de la face, paresse intellectuelle, tendance quelquefois invincible au sommeil. Ces phénomènes durent en général de trois à quatre heures et il s'y joint fréquemment des éructations gazeuses, plus rarement du pyrosis et des régurgitations. Des vomissements précoces sont parfois signalés. Ces malades sont des anorexiques, leur langue est saburrale et la diarrhée est parfois présente.

Telle est, brièvement rapportée dans ses points essentiels, l'histoire clinique des deux grandes variétés d'états dyspeptiques encore généralement décrits. Certes, on ne saurait nier que ces types cliniques existent, mais leur dissociation n'est pas rare non plus. Des travaux effectués au cours de ces vingt dernières années ont mis en évidence, pour une part tout au moins, certaines de ces dissociations. Et il semble bien qu'à l'heure actuelle une pareille catégorisation clinique ne puisse être acceptée sans les plus grandes réserves. Nous nous proposons, pour notre part, de mettre en lumière certains faits de discordance entre les éléments symptomatiques constitutifs de ces syndromes.

Dans un premier chapitre nous étudierons les discordances qui se rencontrent fréquemment entre les troubles sensitifs et sécrétoires.

Dans un deuxième chapitre, nous essayerons de mettre en évidence des faits du même ordre en ce qui concerne les rapports des troubles moteurs et sensitifs d'une part, les troubles moteurs et sécrétoires d'autre part.

Dans un dernier chapitre enfin, nous dégagerons les conclusions générales que comportent les faits ainsi exposés au point de vue de la conception que l'on doit se faire des dyspepsies.

En soumettant ce modeste travail à la critique bienveillante de nos juges, nous tenons à dire que nous n'avons pas la prétention d'apporter des éclaircissements définitifs sur cette question confuse des dyspepsies. Nous avons pensé, simplement, que le moment était peut-être venu de marquer une étape nouvelle et importante dans l'évolution générale des doctrines auxquelles a donné lieu cette partie encore si mal connue de la pathologie gastrique.

CHÂPITRE I^{er}

LES TROUBLES DU CHIMISME STOMACAL. — LEURS RAPPORTS AVEC LES PHENOMENES DYSPEPTIQUES.

Au cours de ces vingt dernières années, le chimisme gastrique a été soumis à une révision sévère et après avoir connu une période de succès sans discussion, il a été battu en brèche par de nombreux médecins. Les critiques justifiées dont il a été l'objet ont singulièrement ébranlé la valeur séméiologique qui lui avait été attribuée par les premiers expérimentateurs. Ces critiques ont porté d'une part sur la méthode elle-même et, d'autre part, sur l'interprétation clinique de ses résultats.

La valeur de la méthode. — Il semble bien que les conditions dans lesquelles s'opère l'examen de la sécrétion gastrique ne peuvent conduire qu'à des résultats très approximatifs.

Le repas d'épreuve, tout d'abord, est susceptible de créer des causes d'erreurs nombreuses. Même en employant toujours le même repas et en en pratiquant l'extraction toujours au bout du même temps, on ne se place pas, pour cela, dans des conditions rigoureuse-

ment identiques et comparables. Un grand nombre de facteurs sont capables d'influer sur la sécrétion de l'estomac, que nous ne pouvons doser ou éliminer avec une suffisante précision. Si nous considérons par exemple, le repas d'Ewald, le plus simple de tous (pain, eau, thé) et le plus couramment utilisé, il est facile de se rendre compte que sa composition chimique n'est pas absolument définie et immuable. Ainsi, suivant les cas, le pain employé renferme une quantité différente de chlorures et de matières amylacées ; l'eau, selon son origine, peut avoir un degré plus ou moins grand d'alcalinité ; le thé lui-même a une constitution chimique qui dépend de la variété employée et suivant sa composition, son infusion a une réaction plus ou moins acide. Lemaire (1), expérimentant avec le thé Souchong de l'hôpital Saint-André, a montré qu'un repas composé de 60 grammes de mie de pain et de 250 cc. de thé, correspond à une acidité chlorhydrique de 0 gr. 219 par litre. A côté de la composition chimique du repas d'épreuve, le facteur psychique joue un rôle également considérable mis en évidence par les célèbres expériences de Pawloff et que les constatations récentes de Cade et Latarjet sur l'homme ont largement confirmé. L'arôme du thé, le désir plus ou moins marqué du sujet pour cette boisson et pour le repas lui-même, entraînent une excitation sécrétoire qui varie avec les dispositions de chaque sujet. L'heure à laquelle le repas est donné, sa température (Linossier et Lamy), et aussi l'alimentation habituelle du malade sont des éléments qui interviennent pour modifier, dans des proportions non négligeables, la puissance excito-sécrétoire du repas d'épreuve. Enfin, il n'y a peut être que peu de rapport entre

1) cf. thèse de DUBOURDIEU.

ce qui se passe avec un tel repas et les phénomènes qui accompagnent la digestion d'un repas ordinaire.

Le repas d'épreuve n'est pas à lui seul responsable de toutes les causes d'erreurs. Les procédés d'analyse eux-mêmes ne sont pas intangibles. Aucun d'eux n'est à l'abri de la critique, qu'il s'agisse des procédés par les colorants ou des procédés chimiques plus compliqués dont le nombre considérable atteste, à lui seul, la diversité des points de vue qui règne sur la question. Wagner (1), dans des recherches comparatives faites avec des mélanges artificiels — par conséquent beaucoup moins complexes que le suc gastrique — a trouvé des chiffres différents avec les méthodes de Sjöqvist, de Mintz et de Winter. 0 gr. 151 HCl, trouvés par le procédé Sjöqvist, se réduisent à 29 milligrammes par le procédé Mintz et à 7 milligrammes par celui de Winter. Ce sont là des faits qui étonnent moins si l'on songe que l'accord n'existe pas encore, entre les chimistes, sur la part respective à attribuer, dans l'acidité gastrique, aux différents états sous lesquels se présente l'acide chlorhydrique. Contrairement à l'opinion de Bidder et Schmidt et de beaucoup de physiologistes, Hayem et Winter pensent que le produit de la sécrétion de l'estomac est non pas l'acide libre, mais une solution chlorurée saline. L'acide chlorhydrique n'apparaîtrait que tardivement, vers la fin de la digestion, alors que les combinaisons chloro-organiques se sont décomposées en peptones, et ne représenterait qu'un excès de chlore reliquat de la peptonisation. Dès lors, pour ces auteurs, ce qui importe avant tout, c'est le dosage des éléments chlorés et ils se sont attachés à en faire l'analyse quantitative suivant un procédé spécial, dont d'ail-

1) cf. loc. cit.

Leurs MM. **Bouveret** et **Magnien** ont fait une critique sévère. Et ainsi chacun, suivant la conception qu'il se fait de l'acidité du suc gastrique, défend une méthode d'analyse différente. Si pour **Hayem** et **Winter**, l'acide chlorhydrique libre est l'acide volatil à 100°, pour **Mintz** c'est celui qui réagit sur le réactif de **Günzburg** ; comme le fait remarquer **Arthus**, l'acide libre de **Mintz** n'est pas le même que celui de **Sjöqvist** ; celui-ci, à son tour, n'est pas l'acide libre véritable, il correspond au chlore qui, par évaporation du suc gastrique en présence du carbonate de baryte, donne du chlorure de baryum. En présence de ces faits, on ne peut que souscrire sans réserve aux conclusions suivantes formulées par **Linosier** : « En réalité, les procédés d'analyse correspondant à ces différentes définitions provoquent dans la chaîne des innombrables combinaisons (chlorées du suc gastrique) une coupure portant sur un point différent suivant la nature de la réaction qui la provoque. Ces procédés fournissent des résultats très différents les uns des autres et ces résultats ne correspondent pas à des réalités chimiques, mais à des conventions arbitraires ». En somme, l'auteur pense que les quantités déterminées par l'analyse sous les noms d'acide chlorhydrique libre ou combiné sont des créations artificielles, variables suivant les procédés employés.

D'après ce qui précède, on comprend facilement que l'examen chimique du suc gastrique ait conduit à des résultats extrêmement variables, étant donné, d'une part, les imperfections de la méthode et, d'autre part, son manque d'unité. En particulier la détermination du chimisme normal n'est rien moins qu'établie. Nous n'en voulons pour preuve que le tableau suivant que nous

empruntons en grande partie à **Sansoni** :

Noms des auteurs	Valeur minima	Valeur maxima
Richet	1,7	3,4
Seemann	1,8	6
Herzen	1,8	1,9
Van den Velden	1,2	1,5
Riegel		3
Schlern	2,2	2,8
Gerhardt	1,5	4
Ewald	1,34	2,34
Reichmann	2	2,2
Sticker	1,5	2
Bouveret	1,82	2,86
Hayem	1,89	

Or, il est de toute évidence que pour l'appréciation des troubles sécrétoires, la connaissance de la formule chimique normale est absolument indispensable. Dans ce but, on s'est mis à peu près d'accord sur les chiffres suivants, une heure après le repas d'Ewald :

$$A T = 2/1.000 .$$

$$H Cl libre = 1/1.000 \text{ ou } 0,94/1.000 .$$

Mais ces chiffres ne sauraient être acceptés sans restriction, ils ont un caractère un peu conventionnel et leur valeur intrinsèque est très relative, comme cela résulte de toute évidence de ce que nous avons dit plus haut. D'ailleurs, en serait-il autrement que la question ne serait pas davantage résolue pour cela. En effet, on admet que toutes les variations nettes en dessus et en dessous de ces mêmes chiffres doivent être considérées comme pathologiques ; les premières constituant l'hyperchlorhydrie, les secondes l'hypochlorhydrie. Une

telle interprétation ne correspond pas toujours à la réalité des faits, car il ne semble pas y avoir constamment une relation bien définie au point de vue clinique entre ces variations du chimisme considérées comme pathologiques et l'état de santé ou de maladie des individus. Ainsi se pose toute la question de la valeur sémiologique des troubles sécrétoires décelés par l'examen chimique et nous allons voir que comme la méthode elle-même, elle appelle des réserves justifiées.

VARIATIONS DU CHIMISME CHEZ LES SUJETS NORMAUX.

De nombreux travaux prouvent que des variations de ce genre, souvent très considérables, peuvent se rencontrer chez des individus ne présentant aucun trouble dyspeptique. Si l'on en croit les statistiques de certains auteurs, suivant les pays le chimisme des sujets normaux donne des résultats très différents. On compterait par exemple à New-York 50 % d'hyperchlorhydriques, à Stockholm 36 %, à Budapest, 30 %, à Zurich 5 % (1).

Verhaegen a fait une étude très minutieuse de la question. Chez 19 individus de 17 à 30 ans, n'ayant jamais, à deux exceptions près, souffert de l'estomac, et de plus habitués à la sonde et explorés dans les mêmes conditions, ses recherches sur l'acidité gastrique l'ont amené aux conclusions suivantes :

1° L'acidité absolue varie considérablement d'un sujet à un autre pour un même repas et pour une période comparable de la digestion ;

2° L'acide chlorhydrique peut faire défaut sans qu'il s'ensuive aucun trouble.

Sur les 19 sujets examinés, 9 avaient une acidité

1) cf. *thèse de DURAND.*

chlorhydrique supérieure à 3/1.000 ; chez l'un d'eux elle atteignait même 4,82/1.000. Le repas d'épreuve employé par Verhaegen est celui de Germain Sée qui donne en moyenne, d'après Bouveret, une acidité de 1 gr. 82 à 2 gr. 36/1.000.

Sansoni a fait des constatations semblables et chez le jeûneur Succi, qui digérait bien, a constaté l'absence d'acide chlorhydrique.

Sellier et Durand rapportent les résultats de l'analyse du contenu stomacal de 11 sujets sains, après repas d'Ewald. Chez six d'entre eux l'acidité chlorhydrique totale est comprise entre 1 gr. 45 et 1 gr. 64/1.000, tandis que chez les cinq autres, elle varie de 2 gr. 26/1.000 à 2 gr. 51/1.000 : HCl libre est également très élevé, une fois 1 gr. 97, deux fois 2 gr. 04 et chez deux autres sujets 2 gr. 11 et 2 gr. 19/1.000. Or, d'après Bouveret et Mathieu, l'acidité chlorhydrique libre, après repas d'Ewald, est comprise entre 0 gr. 7 et 0 gr. 9/1.000.

Des faits du même ordre sont exposés en grand nombre dans les travaux allemands. Gintl, cité par Kauffmann, ayant examiné 40 sujets bien portants, trouve : 3 cas d'achylie, 17 cas où l'acidité chlorhydrique totale est supérieure à 70 (1), c'est-à-dire à 2 gr. 55 en notation française, 10 autres cas avec des chiffres supérieurs à 80 (2,92/1.000) ou à 90 (3,28/1.000).

Bials donne les chiffres suivants pour 12 sujets : 3 cas d'achylie, 1 fois HCl total est supérieur à 2,08/1.000

(1) Le chiffre 70 représente en centimètres cubes la quantité de solution décimale de soude nécessaire pour saturer 100cm. cubes d'un liquide gastrique donné.

L'équivalence en grammes est obtenue en multipliant 70 par 0,0365 = 2 gr. 55,

et 8 fois inférieur à 1 gr. 46/1.000, chiffre minimum donné par Riegel à l'état normal.

Kauffmann résume les travaux précédents et les confirme. A son tour, en effet, chez 22 individus sains, il a trouvé 2 fois une absence complète d'H Cl libre. Parmi les 17 autres, 10 avaient une acidité totale en H Cl supérieure à 60 (2 gr. 19), 5 fois elle était supérieure à 80 (2 gr. 92/1.000) et variait de 80 à 100. Quant à H Cl libre, il variait de 0 à 3/1.000.

Hayem a décrit, sous le nom d'états latents, des faits identiques, et **Mathieu** admet également l'existence d'une forme latente d'hyperchlorhydrie. Pour **Linossier** de tels sujets doivent tout de même être considérés comme des malades, « ils sont, dit-il, en état de compensation. »

Sansoni s'élève contre cette manière de voir et se demande jusqu'à quel point on est en droit de considérer comme malades des individus qui ne souffrent pas et ne présentent, par ailleurs, aucun signe de perversion digestive. Quoi qu'il en soit de ces discussions, un point paraît bien fixé par les constatations précédentes, c'est que les variations du chimisme stomacal, au-dessus et au-dessous du chiffre considéré, à tort ou à raison, comme normal, ne suffisent pas toujours à déterminer des troubles dyspeptiques.

DISCORDANCE ENTRE LES TROUBLES SENSITIFS ET LES TROUBLES SECRETOIRES CHEZ LES DYSPEPTIQUES

Si nous poussons plus avant l'analyse de la valeur sémiologique du chimisme gastrique, nous allons voir que, même lorsqu'il existe des troubles dyspeptiques,

il n'y a pas toujours un rapport étroit entre leurs caractères symptomatiques et la formule sécrétoire.

A. — Douleurs tardives et hyperchlorhydrie.

Pendant longtemps on a admis avec les auteurs classiques, **Bouveret, Boas, Mathieu, Hayem**, etc., une relation de cause à effet entre l'hyperchlorhydrie et les douleurs tardives. Pour ces auteurs, à la fin de la période digestive, toutes les matières albuminoïdes étant entrées en combinaison avec l'acide chlorhydrique, cet acide continuant à être sécrété en quantité exagérée ne devait plus trouver d'albumines pour se fixer. Dès lors il restait libre dans l'estomac et, par sa présence, déterminait une irritation douloureuse. Les heureux effets du bicarbonate de soude semblaient apporter une confirmation indiscutable de cette théorie pathogénique. Tout se passait en définitive comme si ce sel neutralisait l'acide chlorhydrique en excès et supprimait, de ce fait, la cause irritante. Cette théorie était très séduisante, car elle conduisait à une thérapeutique heureusement active et, d'un autre côté, elle s'harmonisait parfaitement avec les constatations des cliniciens qui regardaient les douleurs tardives comme l'apanage de la dyspepsie hyperchlorhydrique.

En réalité, la concordance des deux phénomènes n'est pas toujours réalisée et il est possible que l'action du bicarbonate de soude ne soit pas absolument d'ordre chimique.

Verhaegen, un des premiers, a fourni sur la question un travail très intéressant. Ses études sur l'acidité réelle des hyperchlorhydriques l'ont conduit aux deux constatations suivantes :

1° Chez certains sujets l'acidité, au moment des périodes

des douloureuses, ne dépasse pas les limites ordinaires des sujets normaux.

2° Beaucoup de ces malades conservent, après la disparition des douleurs, un degré d'acidité équivalent à celui de la période pathologique.

Ces résultats sont consignés dans les deux tableaux suivants :

**TABLEAU COMPARANT LES SUJETS NORMAUX
ET PATHOLOGIQUES.**

SUJETS NORMAUX		SUJETS PATHOLOGIQUES	
N ^o d'ordre	Maximum d'acidité	N ^o d'ordre	Maximum d'acidité
3	3,2	II	3,65 pathologique
2	3,21		3,9 guéri
4	3,57		3,8 pathologique
1	3,60	V	3,8 guéri
12	3,65		3,94 pathologique
13	3,65	VI	4,15 guéri
14	3,65		4,2 pathologique
7	3,8	I	4,0 guéri
11	3,87		4,5 pathologique
16	4,3	IV	4,16 guéri
17	4,3		
15	4,82		

Repas employé : 60 grammes de viande,
100 grammes de pain,
eau.

Les acidités des sujets malades ne dépassent guère celles des sujets normaux. Seul IV mériterait d'être classé parmi les sujets fort acides.

Tableau des Résultats obtenus par Verhæghen

SUJETS ET REPAS	MALADIE		Après Guérison	
	Moment du Sondage après le repas d'épreuve	Acidité 0/00	Moment du sondage après le repas d'épreuve	Acidité 0/00
SUJET I.	2 h. 30	3 95	2 h. 30	3.6
60 gr. viande	1 h. 30	3.2	2 heures	3.28
+ 100 gr. p. de terre	2 h. 30	4.2	3 heures	4 0
	3 h. 30	3.35		
500 gr. de lait				
+ 2 œufs	2 h. 30	3.5	2 h. 30	3.28
SUJET II.	2 h. 30	3 65	2 h. 30	3 3
60 gr. de viande	1 h. 30	2 3	1 h. 30	2.9
+ 100 gr. p. de terre	2 h. 30	3 4	2 heures	3 3
			2 heures	3.4
120 gr. de pain	2 h. 30	2.9	2 h. 30	2.6
SUJET III.				
800 gr. de lait	2 heures	4	2 heures	4.5
+ 60 gr. pain				
SUJET IV.	2 h. 30	4.5	2 h. 30	4.08
60 gr. viande	3 h. 15	4.1	2 heures	3.5
+ 100 gr. pain	2 h. 30	4.48	3 heures	4.16
SUJET V.	2 h. 30	3.8		
60 gr. viande	3 heures	3 65	3 heures	3 8
+ 100 gr. pain	2 heures	3	2 heures	3 5
SUJET VI.	2 h. 15	3.97		
60 gr viande	1 h. 30	3.3	2 h. 15	4.15
+ 100 gr. pain	2 h. 30	3 55		

Abstraction faite des oscillations d'un repas à l'autre, la guérison n'a pas entraîné de changement dans le chimisme gastrique.

La lecture de ces deux tableaux montre qu'un même degré d'acidité peut, chez tel sujet, s'accompagner de troubles dyspeptiques nets et chez tel autre ne rien déterminer d'anormal. Le facteur sécrétoire n'apparaît donc pas comme la seule cause déterminante des douleurs chez les hyperchlorhydriques. Ce qui renforce encore cette façon d'interpréter les faits, c'est la possibilité de guérison des phénomènes douloureux sans aucune modification du chimisme.

Sansoni a rapporté des cas semblables et les a décrits sous le nom d' « hyperchlorhydrie sans hyperchlorhydrie ». Il pense, de plus, que les mêmes phénomènes douloureux tardifs peuvent se rencontrer avec une sécrétion chlorhydrique inférieure à la normale. (Voir observations : I, VIII, X).

Binet, dans sa thèse inspirée par **Soupault**, a tout spécialement mis en évidence la coexistence possible de l'hypochlorhydrie avec les douleurs tardives. Nous lui avons emprunté quatre observations tout à fait caractéristiques que l'on trouvera plus loin (Voir observations XIII, XIV, XV, XVI). Ce même auteur est, d'ailleurs, allé beaucoup plus loin dans ses investigations et s'est demandé si réellement, au moment du paroxysme douloureux tardif, l'estomac renferme de l'acide chlorhydrique libre comme le voudrait la théorie classique. Dans ce but il a pratiqué chez six sujets l'exploration à la sonde au moment des douleurs maxima. Dans cinq cas l'acide chlorhydrique libre était absolument nul. Nous croyons intéressant de reproduire ici,

en les résumant, les cinq observations dont il s'agit.

Sujet n° 2

(page 294, *in thèse* de BINET).

Pas de liquide résiduel.

Repas d'Ewald $A = 2,02$.

$H = 0,24$.

$H + C = 2,30$.

La malade est invitée à revenir le lendemain au moment où elle souffre le plus. Ayant déjeuné à midi, elle se présente à 4 heures.

Repas : pain, vin, légumes et fraises. Volume total du liquide retiré par la sonde : 165 cc.

$A = 2,38$

$H = 0$

$H + C = 1,81$

Réaction de Günsburg négative également. L'hyperacidité paraît difficile à invoquer comme cause des douleurs, car l'écart entre 2,02 et 2,38 est vraiment faible.

Sujet n° 3

(page 219, *in thèse* de BINET)

Malade de 26 ans, présentant à la fois des douleurs précoces et tardives. Ces dernières survenant deux heures environ après le petit déjeuner, à 4 heures de l'après-midi et entre 11 heures du soir et 2 heures du matin.

Tubage à jeun : estomac vide.

Analyse après repas d'Ewald :

$A = 2,47$

$H = 0,18$

$H + C = 2,23$

La malade est invitée à revenir au moment des plus vives douleurs. Elle se présente le 12 août, ayant mangé

à 11 heures du matin, vers 4 heures de l'après-midi, en proie à de vives souffrances.

Le repas s'est composé de poisson, pain et lait.

Volume : 75 cc. $A = 3,24$

$H = 0$

$H + C = 2,77$

Günzburg nul.

Sujet n° 4

10 cc. de liquide résiduel à jeun. $A \ T = 1,48$

Résultat du dernier repas d'épreuve :

$A = 2,50$

$H + C = 2,46$

$T = 3,85$

$F = 1,39$

Priée de revenir au moment de ses douleurs, la malade vient le 20 août, à 4 heures 30, après avoir pris, à midi, un repas composé de pain, lait, viande et légumes. Volume total : 275 cc. Günzburg nul.

$A = 2,90$

$H = 0$

$H + C = 2,30$

Sujet n° 5

(observation n° 52, de BINET).

Hypopeptique avec douleurs tardives.

Analyse après repas d'épreuve :

$A = 0,23$

$H + C = 0,13$

Le malade ayant pris, à 6 h. 30 du matin, un petit pain et une tasse de café, il se présente à 8 h. 30, se plaignant de vives douleurs épigastriques et dorso-lombaires (brûlures).

Volume : 50 cc. Tous les réactifs colorants donnent

un résultat négatif. Le Günzburg négatif, en particulier, indique suffisamment l'absence d'H Cl. (Le dosage n'a pu être fait par suite de la confusion qui s'est produite entre le liquide gastrique de ce malade et celui d'un autre sujet.

Cependant l'acidité totale a pu être recherchée sur le même échantillon que celui ayant servi aux réactions colorantes. $A = 0.70$.

Sujet n° 6

(observation page 71, *in thèse* de BINET).

Apeptique, chez lequel on ne trouve pas le cancer.

Douleurs tardives typiques comme horaire et comme physionomie clinique. Repas d'épreuve :

$$A = 0,82$$

$$H = 0$$

$$C = 1$$

Le malade revient deux jours après, ayant déjeuné à 1 h. 30 ; à 4 heures, au moment des douleurs, tubage et examen du liquide gastrique. Repas ingéré : pain, vin, viande et potage.

$$A = 1,26$$

$$H = 0$$

$$H + C = 1,43$$

On pourrait objecter que les tubages comparatifs n'ont pas été faits après des repas identiques. Mais on peut admettre, comme le fait remarquer Binet, que le repas d'Ewald étant moins irritant et moins abondant qu'un repas ordinaire, devrait donner des chiffres beau-

coup plus faibles dans des conditions de temps équivalentes. Or, la valeur de HCl libre s'est maintenue invariablement à 0 au moment des paroxysmes douloureux survenus après un repas ordinaire, alors que chez certains sujets elle atteignait, après le repas d'Ewald, 0,24, 0,18 en période d'accalmie. L'acidité totale s'est montrée souvent plus élevée au moment des douleurs. Celles-ci seraient-elles dues à cette cause ? Il ne semble pas, car il n'y a pas toujours une différence très considérable avec l'acidité de la période de calme ; aussi est-il vraisemblable que cette élévation tient tout simplement à la composition plus riche du repas ingéré.

Marcel Labbé, dans une récente communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, attire l'attention sur ce qu'il appelle les sécrétions retardées. Il s'agit de ce que Hayem, Mathieu ont décrit sous le nom d'hyperchlorhydrie tardive. Il peut arriver que chez certains malades présentant le syndrome hyperpeptique au point de vue clinique on obtienne, par l'examen chimique pratiqué une heure après le repas d'Ewald, des chiffres normaux ou hyponormaux, alors que, si l'analyse est pratiquée deux heures après, on trouve de l'hyperchlorhydrie nette. Sans nier la valeur de cette constatation, il est permis de penser que tous les cas de douleurs tardives avec hypochlorhydrie ne ressortissent pas à des cas de sécrétions retardées : les résultats obtenus par Binet le démontrent. Et, en définitive, on ne saurait apporter de preuve plus nette qu'il n'existe pas toujours une concordance obligatoire entre l'état sécrétoire et les troubles sensitifs.

Steel, de Philadelphie, a également étudié le rôle de

l'acidité dans la symptomatologie gastrique. Il a noté 30 cas où les signes d'hyperacidité existaient nettement et où cependant l'acidité du suc gastrique était moyenne ou même faible. Dans la moitié des cas, il y avait de l'insuffisance motrice ou de l'hypersecretion et ce sont là, pour cet auteur, les causes de l'irritation de l'estomac qui en avait imposé pour de l'hyperacidité.

Einhorn désigne, sous le nom d'achylie gastrique, une sécrétion neutre dépourvue de tous ses éléments habituels (réserve faite pour les ferments). Il en décrit une forme caractérisée cliniquement par le syndrome hyperchlorhydrique : appétit conservé, parfois augmenté, crises douloureuses tardives calmées par l'ingestion des aliments.

Labbé, dans diverses publications, a signalé aussi une forme d'apepsie avec douleurs, du type hyperchlorhydrique.

De même F. Ramond, dans deux communications successives à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (1917-1919), au sujet de l'anachlorhydrie, insiste sur ce fait que ce trouble sécrétoire peut exister sans aucun signe dyspeptique et qu'il peut se traduire, non seulement par le syndrome hyposthénique, mais aussi fréquemment par le syndrome hypersthénique. L'auteur fait en outre remarquer qu'il a eu soin d'éliminer tous les cas de sécrétion retardée.

Sellier, de Bordeaux, a poursuivi, d'une façon toute particulière, l'étude de cette question de l'indépendance entre les signes subjectifs et le chimisme stomacal dans la dyspepsie hyperchlorhydrique. Plusieurs articles et la thèse de son élève Miffre, basés sur de nombreuses observations, prouvent que cette variété d'état

dyspeptique n'est pas la manifestation clinique exclusive de l'hyperchlorhydrie, mais peut se rencontrer avec tous les genres de chimisme.

Au total, de l'ensemble de ces divers travaux se dégagent les conclusions suivantes :

1° Le syndrome douloureux tardif peut coïncider avec un chimisme hypèrnormal, normal ou hypò-normal et les hypochlorhydries et anachlorhydries les plus nettes peuvent coexister cliniquement avec les douleurs tardives.

2° L'apparition de celles-ci ne concorde pas toujours avec la présence de H Cl libre dans l'estomac ;

3° Il n'est pas rare de constater l'amélioration des troubles sensitifs, sans qu'il y ait aucune modification parallèle du taux de l'acidité chlorhydrique.

On conçoit qu'il devient, dès lors, difficile d'admettre que l'hyperchlorhydrie joue un rôle prépondérant dans la gènèse du syndrome dyspeptique. Aussi a-t-on été amené à concevoir une théorie pathogénique, toute différente de ce syndrome.

Les auteurs qui faisaient intervenir l'hyperchlorhydrie comme cause déterminante, pensaient, avec **Ewald** et **Boas**, **Pfungen** et **Ulmann**, **Ferranini**, que l'augmentation de la fonction sécrétoire donnait lieu à une exagération de la fonction motrice et même au spasme du pylore, quand l'acidité dépassait 2 à 5 % ; **Hirsh** et **Marbaix** supposaient que le spasme était dû à l'action irritante de l'acide sur la muqueuse duodénale ; **Robin**, à la base de la dyspepsie hypersthénique, invoquait le spasme pylorique en rapport lui-même avec l'hyperacidité ; **Carl** et **Fantino** mettaient toujours en cause le spasme du pylore, mais pour eux l'hyperchlorhydrie

était secondaire.

Il est certain que le spasme pylorique, lié au syndrome tardif, n'est pas une vue absolument théorique et la réalité de son existence ne semble pas douteuse après les nombreuses constatations chirurgicales de **Doyen**, de **Schnitzler** de Vienne, de **Carl** et **Fantino**. Les thèses de **Caujol**, de **Luscan** et de **Salles** en rapportent des cas vérifiés à l'intervention. **M. L. Bouveret** (Lyon Médical, 1901) pense que la plupart des douleurs des hyperchlorhydriques sont dues à la « crampe du pylore », dont l'existence peut être démontrée dans certains cas où la palpation permet de sentir le pylore contracturé sous la forme d'une sorte de tumeur qui se durcit et se relâche alternativement sous la main qui explore. Les phases de durcissement correspondent aux douleurs, le relâchement coïncide avec leur sédation.

De nombreuses vérifications opératoires ont montré à **Soupault** et **Hartmann** que le syndrome douloureux tardif répond à des cas où il y a une lésion pylorique ou juxtapylorique (ulcère ou cancer) et à des cas où, malgré les recherches les plus minutieuses, on ne peut mettre en évidence aucune lésion. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que, dans un cas comme dans l'autre, qu'on ait ou qu'on n'ait pas constaté de lésion, qu'il s'agisse en un mot de spasme symptomatique ou fonctionnel, les résultats de la gastro-entérostomie sont identiquement bons. **Soupault** a fait pratiquer 112 gastro-entérostomies pour douleurs tardives et en a noté les heureux effets, et pour lui l'intervention paraît agir sur la localisation de la maladie au pylore.

Ainsi donc le spasme du pylore envisagé comme cause déterminante des douleurs tardives paraît généralement

admis. Mais les faits cliniques que nous avons passés en revue ont entraîné une évolution des idées en ce qui concerne les rapports de cette contracture avec l'hyperchlorhydrie.

Déjà **Vergaegen**, **Sansoni** avaient émis l'opinion que les douleurs tardives étaient fonction de l'hyperesthésie gastrique. **Soupault**, se basant sur ses observations, pense qu'il faut faire jouer un rôle essentiel à l'hyperesthésie de la muqueuse pyloro-duodénale, dont l'irritation entraînerait secondairement le spasme du pylore. Le chimisme n'a, en l'occurrence, aucune importance, car dans les 112 cas de gastro-entérostomies suivis par lui, l'auteur n'a jamais constaté aucune modification du chimisme. Le syndrome doit donc plutôt être dénommé, comme le veulent **Soupault** et **Hartmann** : syndrome pylorique.

Et il n'est pas jusqu'à l'action même du bicarbonate de soude sur les douleurs tardives qui ne s'accorde pas avec cette conception pathogénique. Ce médicament n'agit pas seulement par simple saturation. Son efficacité n'est pas en rapport, en effet, avec son degré d'alcalinité, puisque la magnésie calcinée, beaucoup plus alcaline, est bien moins efficace et que le sous-nitrate de Bismuth, qui est un sel neutre, agit tout aussi bien.

Linossier, **Soupault** et **Binet** ont montré, d'autre part, l'efficacité du bicarbonate de soude dans toutes les douleurs tardives, qu'elles s'accompagnent ou non d'hyperchlorhydrie. En définitive, si l'action de saturation existe, elle n'est pas la seule façon d'agir du bicarbonate de soude ; il est probable qu'il exerce également une influence excitomotrice et analgésique par le déga-

gement de CO^2 qui résulte de sa décomposition intragastrique.

Dans son ensemble, cette conception pathogénique nouvelle de la dyspepsie dite hyperchlorhydrique paraît beaucoup plus en accord avec les données cliniques que la théorie classique.

B. — Syndrome flatulent et hypochlorhydrie.

Le syndrome flatulent, lui aussi, ne doit plus être considéré comme l'apanage de l'hypochlorhydrie.

Soupault, dans son traité, signale qu'il est assez fréquent de rencontrer les signes de la dyspepsie asthénique ou hyposthénique avec l'hyperchlorhydrie ou un chimisme normal. Souvent la gravité des signes n'est pas en rapport avec le degré de la dépression sécrétoire. On ne saurait considérer l'hypochlorhydrie comme ayant sur l'évolution des troubles qui lui sont associés une influence directrice.

Robin reconnaît lui-même que des malades franchement hypersthéniques peuvent se trouver accidentellement en état d'hypo ou d'anachlorhydrie.

L. Pron, d'Alger, a beaucoup insisté sur ces faits qu'il décrit sous le nom de « pseudo-hypochlorhydrie », et il distingue, en particulier, une hyperchlorhydrie asthénique caractérisée par la gêne et la douleur immédiatement après le repas, et tardivement par une gêne nouvelle avec sensation de fatigue générale. Il y a du clapotage tardif, et la langue est généralement sale le matin. L'appétit est diminué. Cet ensemble de signes fait porter le diagnostic d'hypochlorhydrie alors qu'en réalité il peut y avoir augmentation de la quantité de H Cl .

Mathieu a également constaté que le **complexus** symptomatique de ce qu'il appelle la dyspepsie sensitivo-motrice peut se voir avec un chimisme hyperchlorhydrique.

En somme, il semble bien que la concordance entre l'hypochlorhydrie et le malaise flatulent ne soit pas toujours réalisée. Nous rapportons nous-même deux observations qui ont trait à cette dissociation. (Observations XVIII et XIX).

OBSERVATIONS

Parmi les observations que nous rapportons ici, le plus grand nombre représente le fruit de nos recherches bibliographiques, les deux dernières sont inédites.

Ces documents peuvent être répartis en 4 groupes.

- 1^{er} GROUPE : *Syndrôme clinique hyperchlorhydrique avec hyperchlorhydrie au chimisme; persistance de l'hyperchlorhydrie après guérison.*
- 2^{me} GROUPE : *Syndrôme clinique hyperchlorhydrique avec chimisme normal.*
- 3^{me} GROUPE : *Syndrôme clinique hyperchlorhydrique avec hypochlorhydrie au chimisme.*
- 4^{me} GROUPE : *Syndrôme flatulent avec hyperchlorhydrie au chimisme.*

Il est possible que certaines de ces observations aient trait à des cas d'ulcus gastriques. Pour aucune d'entre elles l'histoire clinique et l'examen objectif ne fournissent de preuves permettant d'affirmer un semblable diagnostic; c'est pourquoi nous avons pensé que nous étions autorisé à les présenter comme des cas de dyspepsies simples. Nous avons tenu cependant à formuler dès à présent, et une fois pour toutes, cette réserve que commandent nos connaissances actuelles sur les formes dyspeptiques de l'ulcère de l'estomac.

GROUPE I

**Syndrôme clinique hyperchlorhydrique avec
hyperchlorhydrie au chimisme ;
Persistance de l'hyperchlorhydrie après guérison.**

OBSERVATION I

(SANSONI, *Riforma Medica* 1897)

Homme âgé de vingt-quatre ans, très robuste. Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ni personnels. Marin pendant assez longtemps, il a été durant son service gros mangeur et peu buveur. Sa maladie a débuté il y a un an.

Il accuse un appétit exagéré, une constipation opiniâtre, une douleur épigastrique avec répercussion dans le dos pendant la période de digestion, douleur qui est calmée par l'ingestion d'aliments et de bicarbonate de soude. Il a suivi pendant un certain temps un traitement consistant dans la diète lactée, il a fait largement usage d'alcalins et purgatifs salins. Pendant sa maladie, il a observé des périodes d'amélioration alternant avec des périodes d'aggravations, mais il n'a jamais noté la disparition absolue de ses troubles. Il pèse 61 kilogrammes.

L'examen objectif n'indique rien d'anormal du côté des organes.

L'examen fonctionnel de l'estomac donne les résultats suivants:

A jeun l'estomac est vide ; l'eau de lavage est claire. Une heure après le repas d'épreuve d'Ewald, on extrait un chyme alimentaire acide ; l'acidité est égale à 3,16 ‰. Pas d'acides organiques. Réaction de l'acide chlorhydrique et des peptones très marquée.

TRAITEMENT. - Lavage de l'estomac avec de l'eau de Carlsbad. Alcalins avant et après les repas. Massage et faradisation de l'abdomen. Douches froides.

Après 20 jours de ce traitement les troubles gastriques et intestinaux ont complètement disparu et le malade assure qu'il

est complètement guéri. Son poids a augmenté, il pèse 70 kgs.

Après un mois on fait l'examen du chimisme gastrique et on trouve une acidité de 3/6 p. 1000 due entièrement à l'acide chlorhydrique,

OBSERVATION II

(SELLIER, *Gazette hebdomadaire des Sciences de Bordeaux* 1903)

M. M... trente ans, employé dans une maison de banque, éprouva il y a trois ans, pendant deux mois environ, des douleurs dans la région épigastrique, plusieurs heures après le repas de midi. Il fut mis au régime lacté. Les douleurs furent calmées pendant plusieurs mois, mais reparurent avec beaucoup d'intensité et de durée.

Actuellement le malade est amaigri. Il éprouve de violentes sensations de brûlures deux heures environ après le repas de midi. Le lait ne calme plus complètement les douleurs. L'appétit est exagéré. L'estomac clapote jusqu'à deux travers de doigt au dessus de l'ombilic.

Rien d'appréciable du côté du foie.

Constipation habituelle.

12 juillet 1901. Exploration chimique de l'estomac :

Acidité totale.....	3,5
Hcl libre	2,1
1) Hcl total	3,2

TRAITEMENT. — On conseille trois repas par jour, composés chacun de deux œufs, d'un peu de viande et de pain en quantité modérée. Boire du lait aux repas et dans l'intervalle. Bicarbonate de soude à prendre par prises toutes les demi-heures au moment de l'accès douloureux.

11 novembre 1901. Le traitement a été suivi jusqu'à ces derniers jours.

Les douleurs rétro-sternales ont complètement disparu. Le malade paraît guéri. Il a augmenté de poids.

1 (Hcl total = Hcl libre + Hcl combiné.

On pratique à nouveau l'examen du chyme gastrique après repas d'épreuve et on obtient les résultats suivants :

Acidité totale	3,3
Hcl libre	2,1
Hcl total	3,1

OBSERVATION III

(SELLIER, *Loco citato*)

M. F. . . employé de commerce, vingt-six ans, éprouve deux à trois heures après le repas une douleur violente à l'épigastre, revêtant la forme lancinante et constrictive. Le terme de crampe revient sans cesse dans la description que fait le malade du caractère de sa douleur. La souffrance est momentanément calmée par l'ingestion de liquide. C'est ainsi que le malade porte constamment sur lui une bouteille de lait, dont il prend par gorgées de temps en temps, dès l'apparition des douleurs.

L'appétit est exagéré.

Rien de particulier du côté du foie.

L'estomac est sensible dans la région pylorique. Pas de régurgitations acides, pas de vomissements.

19 juin 1901. Exploration chimique de l'estomac.

Acidité totale	3,75
Hcl libre	2,84
Hcl total	3,06

TRAITEMENT. — On conseille trois repas par jour, à sept heures du matin, à midi, à six heures et demie du soir. Deux œufs et un peu de lait à chaque repas. Deux litres de lait à prendre dans la journée. Poudre alcaline à prendre par petites prises toutes les demi-heures dès l'apparition de l'accès gastralgique. Cataplasmes sur la région de l'estomac. Repos physique général.

10 juillet 1901. Très notable amélioration. Le malade éprouve encore quelques douleurs à l'épigastre trois heures environ après le repas, mais ces douleurs n'ont ni la durée ni l'intensité qu'elles avaient il y a un mois.

Exploration chimique de l'estomac :

Acidité totale	3,28
Hcl libre	2,55
Hcl total	2,72

22 octobre 1901. Depuis un mois environ le malade se sent complètement rétabli. Il a augmenté de poids. Le régime a été continué, mais les alcalins ont été suspendus. Le malade veut bien se soumettre à une nouvelle exploration chimique de l'estomac ; les résultats obtenus sont les suivants :

Acidité totale	3,10
Hcl libre	2,50
Hcl total	2,80

OBSERVATION IV.

(SELLIER, *Loco citato*)

L. J..., homme de 38 ans, ébéniste, demeurant à Bordeaux.

SIGNES SUBJECTIFS. — Sensation de brûlure et crampe à l'estomac trois ou quatre heures après le repas de midi. L'absorption d'aliments ou de boissons calme ces phénomènes douloureux pendant quelques instants. Le repas les fait disparaître complètement. Très bon appétit. Pas de constipation.

SIGNES OBJECTIFS. — Langue rosée, humide, nette. Atonie stomacale. Clapotage quatre heures après le repas. Rien d'appréciable du côté du foie.

L'analyse du chyme gastrique après le repas d'Ewald donne les résultats suivants :

Acidité totale	2 gr. 55 $\frac{\circ}{100}$
Hcl libre	1 gr. 67
Hcl total	1 gr. 75

Un mois après, à la suite du traitement, tous les phénomènes subjectifs ont disparu. On fait une nouvelle analyse qui

donne des résultats comparables aux premiers.

Acidité totale.....	2 gr. 20 ‰
Hcl libre	1 gr. 47
Hcl total	1 gr. 60

OBSERVATION V.

(Thèse de MIFFRE, Bordeaux 1906).

L., 48 ans, tonnelier.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.— A eu des fièvres intermittentes dont il est complètement guéri depuis une dizaine d'années. Atteint d'influenza il y a 4 ans.

Le 17 décembre 1905, date où il vient pour la première fois à la consultation, le malade se plaint d'éprouver une vive sensation de brûlure au creux épigastrique trois ou quatre heures après le repas de midi. C'est vers cinq heures du soir que la douleur atteint son maximum d'intensité. Elle est calmée pendant quelques instants par l'absorption de quelques gorgées de liquide ; mais cette accalmie n'est que momentanée. La douleur reparait avec la même intensité. L'accès douloureux dure une heure environ, puis tout rentre dans l'ordre. Excellent appétit. Pas de douleurs la nuit. Pas de pyrosis. Jamais de vomissements d'aucune sorte.

A la palpation, rien d'appréciable du côté du foie ni de l'intestin. Pas de douleur au niveau de l'estomac, pas d'atonie gastrique. Langue normale. Bon état général. Rien à noter du côté des autres organes.

Le 22 décembre, l'analyse chimique de son contenu stomacal pratiquée après repas d'Ewald, donne les résultats suivants :

Acidité totale	2 gr. 95 ‰
Hcl libre	2 gr. 03
Hcl total	2 gr. 75
Acide lactique.....	néant.

TRAITEMENT ORDONNÉ. — Bicarbonate de soude et potion à

l'eau chloroformée.

15 janvier 1906. Le malade dit aller beaucoup mieux; les sensations de brûlure ont diminué.

25 janvier. Plus de douleurs après le repas de midi. Le malade disant être constipé, on lui ordonne du sulfate de soude à prendre le matin à jeun à petites doses.

Le 19 février. Le malade se déclare complètement guéri. L'exploration de son chimisme gastrique est à nouveau pratiqué, après repas d'Ewald et on obtient les résultats suivants:

Acidité totale.....	2 gr. 90 ‰
Hcl libre.....	2 gr. 03
Hcl total.....	2 gr. 72
Acidité lactique.....	néant.

OBSERVATION VI.

(MIEFFRE, *Loc. cit.*)

G. L..., homme âgé de quarante ans, propriétaire.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Rien à signaler.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Pas de maladie grave, ni grippe, ni influenza.

S'est toujours bien porté jusqu'au mois de décembre 1905, époque où il a ressenti les premiers symptômes de la maladie pour laquelle il vient à la consultation à l'hôpital, le 14 février 1906.

Le malade se plaint d'éprouver, trois heures environ après le repas de midi, une sensation douloureuse au niveau de l'estomac et qui va en augmentant pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure, atteignant son maximum d'intensité vers quatre heures de l'après-midi. C'est alors une sensation de brûlure vive localisée au creux épigastrique, sans irradiation vers le thorax. Si à ce moment le malade absorbe un peu de liquide, du lait par exemple, la douleur est calmée pendant quelques minutes pour reparaitre ensuite avec la même intensité. Elle dure ainsi une heure environ, puis tout rentre dans

l'ordre. Vers cinq heures et demie ou six heures du soir, le malade n'éprouve plus aucune souffrance.

Au moment des accès douloureux, le malade accuse quelques renvois acides; jamais de vomissements d'aucune sorte.

Après le repas du soir, tout se borne à une légère sensation de gêne qui ne dure pas. Bon sommeil, pas de cauchemars.

Le matin à jeun, pas de vomissements, pas de douleurs. Au moment des repas, excellent appétit.

Le malade dit être habituellement constipé.

EXAMEN OBJECTIF. — État général très bon. Pas d'amaigrissement. La percussion dénote un estomac normal. Pas de clapotage, pas de douleur à la palpation.

Langue bonne. Rien d'anormal du côté du foie.

L'examen de son chyme stomacal, pratiqué le 15 février 1906, après repas d'Ewald, donne les résultats suivants :

Acidité totale.....	3 gr. 57 ‰
Hcl libre	3 gr. 10
Hcl total.	3 gr. 50
Acide lactique	néant.

TRAITEMENT ORDONNÉ. — Potion à l'eau chloroformée, bicarbonate de soude, à prendre à petites doses au moment de l'accès douloureux. Régime alimentaire léger.

24 février Légère amélioration. Continuation du traitement précédent.

14 mars. Le malade se déclare très amélioré. Les accès douloureux survenant après le repas de midi ont à peu près complètement disparu.

Nous revoyons le malade vers la fin de mars, il se déclare complètement guéri. Il a cessé tout traitement depuis déjà quelques jours.

Le 28 avril, G. L..., qui ne souffre plus depuis plus d'un mois et qui a repris son régime habituel, est soumis à un nouveau tubage, après repas d'Ewald, et voici quels sont les résultats que donne l'analyse de son chyme gastrique :

Acidité totale	3 gr. 48 ‰
Hcl libre	3 gr. 03
Hcl total	3 gr. 35

OBSERVATION VII.

(MIFFRE, *Loc. cit.*)

M^{me} D..., 35 ans.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Rien à signaler.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Accouchement pénible à 26 ans. Fièvre jaune à 30 ans.

Caractère violent, emporté. La malade est très impressionnable,

HISTOIRE DE LA MALADIE. — M^{me} D. ne peut nous dire exactement comment a commencé la maladie qui l'amène à la consultation. Depuis pas mal de temps, nous dit-elle, il lui arrivait d'éprouver du côté de son estomac quelques sensations douloureuses survenant de temps à autre après le repas. Mais ces sensations étaient vagues et passagères, et la malade n'y attachait pas d'importance. Or, voilà que tout à coup ces sensations se sont précisées, la douleur est devenue plus vive, plus régulière et actuellement, la malade nous dit que depuis un mois environ, elle éprouve régulièrement tous les jours, trois heures ou trois heures et demie après le repas de midi, une brûlure assez intense au creux épigastrique. Cette sensation pénible dure une heure environ et elle est très diminuée par l'ingestion d'aliments solides ou liquides.

Après le repas du soir, la malade ne souffre pas, ni le matin à jeun. Bon sommeil.

L'appétit est bien conservé. Pas de renvois ni de vomissements.

Constipation habituelle.

EXAMEN. — A la palpation, l'estomac paraît légèrement sensible. Un peu de clapotage trois heures après l'ingestion de liquide.

Les autres organes ne présentent rien de particulier. Langue rose, humide; bon état général.

16 mars. Le cathétérisme pratiqué, après repas d'Ewald, donne une bouillie stomacale dont l'analyse est la suivante :

Acidité totale	2 gr. 63
Hcl libre	2 gr. 03
Hcl total	2 gr. 55

TRAITEMENT: — Bicarbonate de soude. Potion à l'eau chloroformée. Régime alimentaire léger

Après dix-huit jours de ce traitement. c'est-à-dire le 4 avril 1906, nous revoyons la malade qui nous déclare qu'elle ne souffre plus.

Un mois après, le 5 mai 1906, nous examinons à nouveau son chyme gastrique, après repas d'Ewald. et l'analyse donne les résultats suivants :

Acidité totale.....	2 gr. 58
Hcl libre.....	2 gr. 01
Hcl total.....	2 gr. 50

GROUPE II

Syndrôme clinique Hyperchlorhydrique Chimisme normal

Les observations VIII et X de ce groupe sont particulièrement intéressantes, car il s'agit vraisemblablement de *pyloro-spasme* avec chimisme normal. L'action excito-motrice du bicarbonate de soude s'y montre nettement.

OBSERVATION VIII.

(SANSONI, *Riforma Medica* 1897)

Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans, se livrant à un travail intellectuel excessif. Sa mère est nerveuse, lui-même est très nerveux.

Il souffre depuis huit ans de troubles de la digestion qui sont allés en s'aggravant jusqu'à ces derniers temps. Ils consistent en une vive douleur crampiforme localisée surtout à l'épigastre, s'irradiant parfois un peu à tout l'abdomen et survenant constamment deux ou trois heures après le repas de

midi. Après le repas du soir, le malade se sent bien, ce qu'il attribue à l'habitude qu'il a de se mettre en position horizontale sur le lit, quelques temps après avoir mangé et de garder un repos complet durant une heure ou deux, chose qu'il ne peut faire à cause de ses occupations après le repas de midi.

Le malade a consulté de nombreux médecins, essayé de nombreux traitements, mais sans résultats; seul le bicarbonate de soude, à la dose de 3 ou 4 grammes, pris en deux ou trois fois durant l'accès douloureux, amène quelque soulagement.

Le malade est habituellement constipé.

L'examen physique du malade ne révèle rien d'anormal du côté des organes. L'examen de l'estomac donne les résultats suivants :

Vacuité complète à jeun; l'eau de lavage est limpide, elle ne contient ni sang ni lambeaux de muqueuse.

Après le repas d'épreuve d'Ewald, le liquide filtré donne la réaction de l'acide chlorhydrique, la réaction des acides organiques fait défaut. L'acidité totale est égale à 1,2 p. 1000.

La preuve de la motilité gastrique par la méthode de Leube donne constamment les résultats suivants : l'estomac contient une quantité notable de résidus alimentaires si le malade n'a pas fait usage de bicarbonate de soude; l'estomac est au contraire complètement vide si, pendant l'accès douloureux, le malade a eu recours à ce médicament.

TRAITEMENT. — Lavage de l'estomac avec un liquide alcalin et usage interne de bleu de méthylène.

Au bout d'un mois de guérison complète. L'estomac du malade est complètement vide 7 heures après le repas de Leube, même quand il ne fait pas usage de bicarbonate de soude.

OBSERVATION IX.

(MIFFRE, *Loc. cit.*)

L... 39 ans, garçon de café. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ni dans ses antécédents personnels.

Se présente à la consultation le 21 décembre 1905, se plaignant d'éprouver 3 heures environ après le repas de midi une

douleur très vive au creux épigastrique, douleur que le malade désigne par le terme de crampe et dont l'intensité est notablement diminuée par l'absorption de boissons et l'ingestion d'aliments. En même temps que la douleur, le malade accuse quelques éructations acides après le repas et une constipation très marquée.

L'examen objectif ne montre rien d'anormal du côté de l'estomac ; l'exploration de l'abdomen permet de sentir très nettement le boudin cœcal.

Le foie est normal. L'état général est bon.

L'exploration du chimisme gastrique pratiqué le lendemain, une heure après le repas d'Ewald, donne les résultats suivants :

Acidité totale	1 gr. 86
Hcl libre.....	0 gr. 94
Hcl total.....	1 gr. 78

TRAITEMENT PRESCRIT. — Bicarbonate de soude à prendre par petites doses toutes les demi-heures au moment de l'accès douloureux. Potion à l'eau chloroformée.

15 Janvier. Très grande amélioration ; les douleurs ont diminué d'intensité.

21 Janvier. L'amélioration continue.

25 Janvier. Disparition à peu près complète des aigreurs et des crampes. Le malade a des selles à peu près régulières ; langue rose humide. Poids : 64 kil. 600, alors que, au moment de sa première visite, L... ne pesait que 64 kil. 120.

11 Février. Le malade déclare être complètement guéri. Tous les phénomènes pathologiques ont disparu.

15 Février. L'exploration du chimisme gastrique, après repas d'Ewald, donne les résultats suivants :

Acidité totale	1 gr. 85
Hcl libre	0 gr. 76
Hcl total	1 gr. 75

OBSERVATION X.

(MICHELI, rapporté par SANSONI, *Rif. Medica* 1897)

Il s'agit d'un homme de 43 ans, névropathique à l'excès. Au mois de mai 1892, à la suite de grandes souffrances morales, il

commence à accuser des troubles gastriques caractérisés par une sensation de pesanteur et d'oppression à l'épigastre et parfois par une violente douleur crampiforme à la région de l'estomac et par l'émission d'un peu d'écume baveuse et insipide par la bouche, phénomènes qui survenaient quelque temps après le repas. La constipation était obstinée. Jamais de mélœna ni d'hématémèse.

Actuellement, au mois de mai 1896, il raconte qu'il ressent constamment après l'ingestion d'aliments, quelles qu'en soient la quantité et la qualité, à une période variable de trois quarts d'heure à deux heures, une violente douleur crampiforme localisée dans la moitié droite de l'épigastre avec un maximum d'intensité sous l'arc costal de droite entre la ligne mamellaire et la parasternale prolongées. Une dose de bicarbonate de soude fait disparaître rapidement la douleur qui revient au bout de une à deux heures, nécessitant une nouvelle dose de bicarbonate, et cela se renouvelle deux ou trois fois jusqu'au moment où le malade a comme l'impression de sentir son estomac se vider de son contenu. Il éprouve alors une sensation de bien-être qui dure jusqu'au repas suivant, lequel, à son tour, est suivi des phénomènes douloureux habituels. Il n'accuse pas de pyrosis; l'appétit est exagéré. L'examen objectif indique un léger amaigrissement.

Rien du côté des viscères thoraciques.

L'abdomen a une forme normale, la palpation de l'estomac ne fait percevoir aucune tumeur.

L'examen du sang démontre seulement un léger degré d'anémie (80 p. 100 d'hémoglobine).

L'acidité totale du contenu gastrique extrait après le repas d'épreuve d'Ewald oscilla entre 1, 7 et 1, 4 p. 1000. La réaction de l'acide chlorhydrique était évidente; celle des acides organiques était négative.

On fit la preuve du pouvoir moteur de l'estomac par la méthode de Leube, en ordonnant au malade de s'abstenir des alcalins durant toute la période digestive. Survint l'accès douloureux intense et, au bout de 7 heures, on fit l'évacuation avec la sonde de presque tout ce qui avait été ingéré. Le liquide de la bouillie stomacale filtré avait une acidité de 1, 6 p. 1000.

On répéta la preuve de la motilité gastrique en permettant au malade de prendre, pendant l'accès douloureux, du bicarbonate de soude (environ 6 grammes en 3 fois).

Au bout de 7 heures, l'estomac était complètement vide et l'eau de lavage sortait limpide. On répéta plusieurs fois ces essais et l'on obtint constamment les mêmes résultats, c'est-à-dire que 7 heures après le repas de Leube l'estomac était vide si le malade, pour calmer ses souffrances, avait recours aux alcalins; qu'il était plein de résidus alimentaires, s'il s'en abstenait.

OBSERVATION XI.

(SELLIER, *Loc. cit.*)

M. B..., 31 ans, employé de commerce, vomit le matin, à jeun, un liquide clair et acide. Il éprouve de violentes sensations douloureuses dans la région épigastrique trois ou quatre heures après le repas de midi, douleurs se manifestant sous forme d'aigreurs et de brûlures. L'ingestion de liquide apaise la souffrance.

La région épigastrique est sensible à la pression. Rien d'appréciable du côté du foie. Constipation habituelle. Appétit moyen.

15 Février 1902. Exploration du chimisme gastrique.

Acidité totale	1,7
Hcl libre	0,9
Hcl total	1,5

TRAITEMENT. — On conseille un traitement analogue à celui de l'observation précédente.

1^{er} Mars 1902. Le malade est notablement amélioré mais accuse encore des douleurs à l'estomac quelque temps après le repas. On maintient le même traitement.

9. Avril 1902. L'accès douloureux a complètement disparu depuis quelque temps.

OBSERVATION XII

(SELLIER, *Gaz. hebdomadaire des Sciences de Bordeaux* 1903)

Mme V..., institutrice, 38 ans, éprouve des douleurs violentes dans la région épigastrique peu de temps après le repas de midi. La douleur est comparée par la malade à une violente sensation de fer chaud, de brûlure, s'accompagnant d'aigreurs. Elle s'exagère de plus en plus, jusqu'à devenir véritablement insupportable vers 4 heures environ de l'après-midi.

La malade éprouve quelquefois pendant la crise des régurgitations et des renvois d'acide.

La région stomacale examinée à jeun n'est pas douloureuse. Un peu de sensibilité de la région pylorique, pas de gastropse, pas de dilatation, appétit moyen.

11 Février 1902. L'exploration du chimisme gastrique donne les résultats suivants :

Acidité totale	1,9
Hcl libre	0,8
Hcl total	1,7

TRAITEMENT. — On conseille du lait et des œufs pour toute alimentation et de l'eau chloroformée cocaïnée à prendre de temps en temps au moment de l'accès douloureux.

On revoit la malade le 9 mars 1902. Elle n'a pas cessé de suivre le traitement prescrit. Les douleurs ont complètement disparu.

GROUPE III.

Syndrôme clinique hyperchlorhydrique hypochlorhydrie au chimisme.

OBSERTATION XIII.

Douleurs tardives - Hypopepsie.

BINET, thèse de Paris 1905.

M. C..., 56 ans. employé de tramways.

14 juin 1904. Le malade a eu une fièvre typhoïde il y a six ans, sans complications. Il souffre de l'estomac depuis plus longtemps d'ailleurs, environ 10 années. Il n'y a qu'une cause: le mauvais choix des aliments. En effet, il a toujours eu une prédilection très marquée pour tout ce qui est épicé et vinagré. Depuis 2 ans, son appétit ayant diminué, il a fait plus encore usage de ces mauvais aliments et il a l'habitude pour s'exciter l'appétit de prendre à peu près un citron à chaque repas.

Toutefois, l'évolution de sa maladie n'est pas continue, elle procède par crises. C'est ainsi qu'il souffre pendant un ou deux mois, puis il se sent très à l'aise. Depuis un mois, toutefois, il ne s'est pas passé un seul jour sans que les phénomènes douloureux se produisent.

Les nuits sont souvent coupées de cauchemars, mais toujours il est réveillé à deux heures par des phénomènes douloureux qui durent une demi-heure ou une heure, analogues à ceux de l'après-midi, sur lesquels nous reviendrons dans un instant. Le déjeuner de midi est quelquefois, mais très rarement suivi de ballonnement et de renvois. Mais les vrais douleurs n'apparaissent qu'à trois heures et elles durent jusqu'à cinq ou six, elles vont en augmentant jusqu'à ce que se produise une crampe très douloureuse, laquelle marque la fin de la crise. Le siège de ces douleurs est le creux de l'épigastre, la région dorso-lombaire et l'épaule gauche. Jamais de pyrosis, jamais de vomissements, quelquefois mais rarement des régurgitations de saveur légèrement acide.

L'estomac, examiné à jeun, descend par sa limite inférieure à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On n'y détermine pas de clapotage. la face antérieure est légèrement sensible et la sensibilité épigastrique est à 3.500.

La sonde passée à jeun ne ramène rien, et le repas d'Ewald, qui donne un liquide d'extraction absolument identique à celui du cas précédent, indique les valeurs suivantes :

$$\begin{aligned}(1) \quad A &= 1,80 \\ T &= 3,32 \\ F &= 1,51 \\ H &= 0,18 \quad T = 2,1 \\ C &= 1,63 \quad F \\ H + C &= 1,81\end{aligned}$$

Le malade n'a pu être suivi.

OBSERVATION XIV.

Douleurs tardives - Hypopepsie.

BINET, thèse de Paris 1905.

M. D.... 20 ans, tailleur de pierres.

16 mai 1904. Aucune maladie d'enfance à signaler. Les maux d'estomac qui depuis deux ans se sont précisés datent de beaucoup plus longtemps, mais dès le début n'ont pas eu de caractère bien précis. Toutefois une notion se dégage : celle des douleurs tardives.

Le malade qui ne paraît pas nerveux a toujours pris ses repas à heure régulière. La seule cause qu'on incrimine chez lui, c'est la prédilection marquée qu'il présente pour tout ce qui est relevé et épicé.

Depuis deux ans il ne s'est pour ainsi dire passé un jour

- (1) Notation de Hayen : A = acidité totale
T = chlore total ou chlorurie.
F = chlore fixe ou Nacl.
H = acide Hcl libre.
C = Hcl combiné.
H + C = Hcl total ou chlorhydrie.

sans que le malade n'ait souffert, et il est très précis sur ce point. Seule, pouvait varier l'intensité, mais la douleur existait toujours. Son horaire est celui-ci : de dix heures à midi et de cinq à sept heures ; aucun phénomène douloureux ne se manifeste la nuit et le sommeil est parfait.

Le déjeuner du matin est pris à 6 heures ; composé de soupe, café et pain. Les douleurs de la matinée consistent en crampes et en tiraillements dont le siège est le creux épigastrique. Fait à noter : le malade qui exerce un métier assez fatigant, n'est nullement soulagé quand il ne travaille pas.

Le repas de midi est pris avec appétit, composé de pain, viande, légumes et absorbé dans un temps suffisamment long. Sitôt le repas fini il se sent très à l'aise, mais toujours à cinq heures les douleurs se montrent identiques à celles du matin et ne se calment que lorsque sont prises les premières bouchées du soir.

Examiné à jeun, le malade ne présente rien de particulier. L'intestin n'est nullement contracturé, l'estomac conserve ses dimensions normales, et il n'est pas sensible. La sonde ne ramène rien et en extrayant le repas d'Ewald, nous sommes frappés de l'aspect de panade épaisse que présente le liquide. Il renferme du pain en boule, fait qui est symptomatique de l'hypo-pepsie, laquelle d'ailleurs nous est confirmée par l'analyse dont voici les résultats :

$$A = 0.23$$

$$T = 2,48$$

$$F = 2,35$$

$$H + C = 0,13$$

Le malade n'est pas revenu.

OBSERVATION XV.

Ethylisme - Douleurs tardives - Hypochlorhydrie

BINET, thèse de Paris 1905.

M. L..., 42 ans, garçon de magasin.

6 novembre 1904. Poids : 63 kilos.

Ce malade souffre de l'estomac depuis six mois seulement et il n'y a d'autre cause à cela que l'éthylisme invétéré.

Comme boisson journalière, il buvait du vin pur, jusqu'à la dose de 4 litres, et il prenait régulièrement de 8 à 12 absinthes par jour, sans compter les jours où il s'en servait comme de boisson pendant ses repas. Aussi son système nerveux est-il fortement ébranlé et se présente-t-il avec un tremblement intense des extrémités.

Toutefois, s'étant parfaitement convaincu que l'alcool est nuisible à son estomac, il a diminué la quantité qu'il en prenait auparavant, mais elle demeure encore considérable.

Voici comment se passe la journée du malade :

Après une nuit entrecoupée de cauchemars et de rêves professionnels, mais non interrompue par les douleurs d'estomac, le malade se lève, déjeune vers 6 heures et ce n'est que quand il se met à marcher pour se rendre à son travail qu'apparaissent des douleurs cuisantes aux creux de l'estomac et dans le dos. Celles-ci durent en général peu de temps parce que le malade prend quelque chose vers 9 heures ou 9 heures 1/2.

Il déjeune à midi, se nourrit indifféremment de tout, et sort de table se sentant très à l'aise. Les premières douleurs apparaissent vers 4 ou 5 heures, jamais avant. Elles consistent en brûlures, en crampes, s'accompagnant de pyrosis et de régurgitations acides. Les vomissements surviennent quelquefois, surtout depuis deux mois ; ils sont abondants, mais le malade n'y a jamais vu de débris alimentaires venant d'un repas de la veille. Ni hématemèse, ni mœœna. Le repas du soir, lui, est aussi copieux, mais jamais il n'est suivi de douleurs.

Le malade pour parer à ces phénomènes divers émet des quantités de renvois gazeux. Il en tire, s'il faut l'en croire un très grand soulagement, et de fait, il fait tout ce qu'il est possible pour les provoquer. C'est ainsi qu'à la fin de l'après-midi, dès que se montrent les premières douleurs, il s'appuie sur le creux de l'estomac et rote pendant très longtemps.

En outre, le malade se plaint d'une constipation opiniâtre, il ne va à la selle que tous les 3 ou 4 jours mais il est difficile de préciser si ses matières contiennent des peaux ou des glaires.

Examiné à jeun, nous trouvons chez ce malade un foie petit

dont la matité ne dépasse pas 6 centimètres sur la ligne axillaire, bien que la rate ne soit pas appréciable. Pas d'ascite. La face antérieure de l'estomac est uniformément sensible. Et l'esthésiomètre indique à l'épigastre une sensibilité à 1.500. La limite inférieure de l'estomac n'est pas abaissée, il n'existe pas de clapotage ni de flot.

L'intestin est contracté dans toutes ses parties, surtout au niveau du côlon descendant.

La sonde, passée à ce moment, ne ramène que quelques centimètres cubes d'un liquide légèrement acide, et le repas d'épreuve d'Ewald donné le même jour fournit les valeurs suivantes :

$$A = 0,91$$

$$T = 2,48$$

$$F = 1,43$$

$$H = 0, \gg$$

$$C = 1,05$$

$$A + C = 1,05$$

Nous prescrivons au malade qui rentre à l'hôpital, le régime lacté intégral, le repos au lit absolu et les cachets alcalins de 2 heures en 2 heures.

19 novembre. 63 kilogs. Les douleurs gastriques sont très atténuées, et ce dont se plaint le malade, c'est une douleur de rein très intense qui n'a d'autre cause que sa constipation qui demeure aussi rebelle. On sent, en effet, l'intestin bourré de matières très dures sur lesquelles il entre en contraction. En raison de cet état, nous associons aux alcalins l'huile d'olive à haute dose, la belladone, en même temps que nous substituons au lait, cause possible de la persistance de la constipation, un régime lacto-végétarien.

1^{er} décembre. 64 kilogs. La constipation a presque entièrement disparu ; le malade n'a une selle que toutes les 36 heures, à peu près, mais elle est beaucoup plus molle.

En examinant le malade nous assistons à une grande crise d'aérophagie avec faux rôt laryngé. En effet, en appliquant l'oreille sur la région gastrique, il est facile de constater que pas une bulle d'air n'arrive dans l'estomac malgré la déglutition constante d'air atmosphérique que fait le malade. Nous continuons les alcalins de deux en deux heures, en autorisant

le malade à manger à son appétit, mais en faisant abstraction de vin et d'alcool.

9 décembre. 65 kilos. Le malade se considère comme guéri. De fait, ses fonctions intestinales se sont entièrement régularisées et il n'a pas souffert de l'estomac depuis 8 jours.

OBSERVATION XVI.

Douleurs tardives - Hypochlorhydrie.

BINET, thèse de Paris 1905.

M^{me} C...., 39 ans, employée à la manufacture de tabac.

7 novembre. Poids. 44 kilogs. Cette malade n'a jamais souffert d'autre chose que de son estomac et la cause en est assez difficile à déterminer. En effet, elle prend ses repas à heures très régulières, mastique très suffisamment, et n'a aucune tare nerveuse.

Son affection gastrique a évolué par crises les quatre premières années; depuis deux ans elle se manifeste quotidiennement et présente d'une façon constante les mêmes caractères.

Les nuits sont souvent mauvaises, la malade étant fréquemment réveillée vers une heure du matin, soit par des tiraillements, soit par des brûlures. Ce sont là, toutefois, des phénomènes intermittents et qui durent dix minutes à peu près, ne s'accompagnent jamais de vomissements et disparaissent d'eux-mêmes. La matinée se passe en général sans douleurs, elle déjeune à midi de bon appétit et chez elle, l'horaire plus ou moins tardif de la douleur est réglé par la plus ou moins forte ration alimentaire qu'elle absorbe. Toutefois, ce n'est jamais avant 4 heures jamais non plus après 6 heures, que les douleurs d'estomac se montrent. Elles siègent au creux de l'estomac avec irradiation dans le dos et dans le côté droit, et consistent en brûlures, pyrosis et régurgitations acides. Jamais un seul vomissement, jamais d'hématémèse ni de méléna.

Pas de constipation.

La malade examinée trois heures après avoir fait un repas,

la limite inférieure de l'estomac se trouve à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On détermine un léger clapotage S. E. 2.200.

Le foie mesure 7 centimètres de matité sur la ligne axillaire, le rein droit est abaissé au premier degré et l'épreuve de la sangle est positive.

La malade revient le lendemain à jeun. La sonde passée ne ramène rien et le repas d'épreuve donne les résultats suivants:

$$A = 0,49$$

$$T = 2,23$$

$$F = 1,80$$

$$H + C = 0,43$$

En raison des douleurs d'horaire tardif, nous prescrivons les alcalins de deux heures en deux heures.

17 novembre. 43 kilogs. Le soulagement des phénomènes douloureux et très considérable. Pendant trois jours ils n'ont été que peu atténués, mais depuis 48 heures ils ont, pour ainsi dire, complètement disparu, bien que la malade n'ait rien changé à son alimentation ordinaire. S. E. 4.500. Nous prescrivons les cachets seulement de 3 en 3 heures.

24 novembre. 43 kilogs 500. La malade va mieux encore que la semaine dernière, bien qu'elle ait repris son travail qu'elle avait suspendu depuis deux mois. S. E. 5.000. Nous continuons encore pendant une huitaine la même formule alcaline.

8 décembre. 44 kilogs. L'amélioration se maintient et il est rare que la malade souffre de son estomac. Il lui arrive quelquefois, cependant, de sentir à la fin de l'après-midi un léger tiraillement, mais celui-ci ne dure que quelques minutes.

La malade n'est pas revenue consulter.

OBSERVATION XVII.

Douleurs tardives ~ Hypochlorhydrie .

(SELLIER, *Loc. cit.*).

M^{me} T..., trente-huit ans, a deux enfants, a eu deux fausses couches. La malade éprouve à l'estomac une sensation de cha-

leur vers cinq heures de l'après-midi. La douleur, d'abord légère, augmente progressivement, jusqu'à devenir très violente. La malade parle de crampes, d'aigreurs, de douleurs constrictives. Le décubitus dorsal apaise l'accès douloureux. La région pylorique est sensible à la pression. L'estomac clapote, quatre heures après le repas de midi, jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le foie déborde le rebord des fausses côtes. le rein droit est mobile.

La tension abdominale diminuée. Ptose des masses intestinales. Constipation opiniâtre.

17 mars 1902. Exploration du chimisme gastrique.

Acidité totale	1,5
Hcl libre	0,6
Hcl total.	1,2

TRAITEMENT. On conseille le port d'une ceinture hypogastrique, l'usage d'analgésiques au commencement du repas et un régime alimentaire léger.

13 mai 1902. Les symptômes subjectifs ont entièrement disparu.

GROUPE IV

Syndrôme flatulent, Hyperchlorhydrie au chimisme

Dans l'observation XVIII, il s'agit de malaise flatulent tardif et non pas de douleur, bien que le chimisme soit très élevé (Hcl libre = 1 g. 35/1000). On pourrait penser que les phénomènes sensitifs observés sont peut-être en rapport avec l'hypotonie de l'estomac. En réalité, il n'en est rien, la radioscopie montre que cet organe est orthotonique. Ici, à la discordance entre le trouble sensitif et le trouble sécrétoire s'ajoute le désaccord entre le trouble sensitif et le trouble moteur. Cette seconde anomalie fera l'objet d'une étude spéciale au chapitre suivant.

Dans l'observation XIX, le syndrome flatulent est typique et l'acidité bien que moins élevée que dans le cas précédent n'en est pas moins hypernormale.

OBSERVATION XVIII

Dyspepsie à type flatulent tardif

Troubles dyspeptiques persistants, remontant à 2 ans, à la suite de phénomènes gastro-intestinaux aigus. - Amaigrissement.

DYSPEPSIE DE TYPE FLATULENT mais à malaises tardifs, sans troubles de la musculature, mais avec hyperacidité.

(Service du Dr SAVY)

A. H. Rien de particulier.

A. P. Fièvre typhoïde à 20 ans, qui fut grave et dura 6 mois, à la suite céphalée, et névralgies faciales qui durèrent jusqu'en 1909. A ce moment trépanation du sinus maxillaire droit. Grosse amélioration consécutive.

Marié, pas d'enfant, femme bien portante.

Le malade a été mobilisé au front, et a commencé à maigrir vers 1916. A cette époque pas de douleurs stomacales, mais des malaises vagues surtout de la perte des forces. Rappelé à l'intérieur comme ouvrier d'usine, il s'améliore un peu et reprend de l'appétit. En juin-juillet 1917 il est pris d'une indisposition violente à laquelle il fait remonter sa maladie actuelle.

- A cette époque il aurait été pris brusquement vers 6 ou 7 h. du soir, après son travail, d'une douleur assez vive au creux épigastrique. Il prend tout de même son repas du soir, mais les douleurs augmentent et peu après surviennent vomissements abondants et diarrhée, qui durent 2 jours. Le malade se met à la diète; les phénomènes aigus se calment, il garde cependant le lit pendant quelques semaines. (Il aurait pendant les derniers mois passés au front et pendant ses trois semaines de diète, maigri de 17 kilogrammes).

Depuis il suit un régime assez sévère, porte une ceinture depuis un an environ. Il n'a jamais présenté à nouveau de crise aussi violente et en particulier n'a jamais revomi.

Néanmoins il souffre assez régulièrement au cours de ses digestions : 3 heures et au-delà après les repas, il a des sensations de pesanteur au creux épigastrique, quelquefois de brûlures légères. Ces signes s'accroissent à la moindre entorse involontaire à son régime.

Depuis quelques mois il a des irradiations lombaires assez désagréables, constipation habituelle. Ce sont ces nouveaux symptômes qui l'amènent à l'Hôpital.

CHIMISME GASTRIQUE. - 26 août 1919.

AT.....	2 gr. 90
Hcl libre.....	1 gr. 36
Acide lactique.....	faible réaction.
Sang.....	0

RADIOSCOPIE. - 27 août 1919.

Estomac orthotonique dont le bas-fond est situé un peu au-dessus de l'ombilic. - Remplissage normal.

En somme il s'agit d'un malade présentant un syndrome tardif peu intense plutôt du type flatulent, avec irradiations dans la région lombaire.

La pression au creux épigastrique ou le long de la colonne est absolument indolore. Seules les parties inférieures des fosses iliaques sont un peu sensibles. Pas de vomissements. Jamais d'hématémèse. Constipation habituelle, avec matières dures, mais selles quotidiennes.

Le début de tous ces accidents remonte à 2 ans (6 juillet 1917) indigestion avec vomissements, diarrhée, douleurs violentes sans température. Il fut alité pendant 3 semaines. Sa femme qui avait mangé le même repas que lui ne fut pas incommodée. Depuis les troubles dyspeptiques se seraient installés et le malade aurait perdu 17 kilogs. L'amaigrissement a cessé depuis plusieurs mois, mais le poids reste stationnaire.

Le chimisme indique une hyperacidité notable. La radioscopie montre un estomac orthotonique.

3 septembre 1919. - Le malade a été soumis au traitement bismuthé et à une alimentation abondante privée de viande, de pain et d'aliments irritants. Repris 2 kilogs.

Le malade est très amélioré, le 6 septembre on fait faire un nouveau chimisme qui donne les résultats suivants :

A. T	1,35
Hcl libre.....	réaction nette.
A. lactique.....	0
Sang	0
Au moyen du tube B. V. les résultats obtenus sont :	
A T	1,5
Hcl libre.....	0,50
F	0,6
C	0,4
Sang néant	

La recherche du sang dans les selles a été pratiquée à trois reprises différentes. La réaction de Meyer s'est montrée légèrement positive deux fois. Etant donné l'extrême sensibilité de cette réaction, comme d'autre part le Weber dans les matières fécales et dans le liquide retiré de l'estomac a été constamment négatif, nous avons cru pouvoir ne pas tenir compte des résultats du Meyer, qui nous paraissent dans le cas présent discutables.

8 septembre. - Le malade quitte le service très amélioré.

OBSERVATION XIX

Syndrôme flatulent

Hyperchlorhydrie au chimisme

TROUBLES DYSPEPTIQUES GASTRO-INTESTINAUX

Syndrôme gastrique précoce (flatulent). Poussées intermittentes de coliques dysenteriformes. Débuts des troubles par phénomènes intestinaux. Dépression nerveuse.

(Service de M. le D^r CADE)

Th... Louis, 23 ans. Etudiant.

Pas d'antécédents héréditaires ou collatéraux.

Personnellement rougeole à 7 ans. Scarlatine à 8 ans, n'ayant laissé aucune séquelle albuminurique; aucun antécédent gastro-intestinal avant la guerre.

HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE. — Les premiers troubles

remontent à août 1917 en Belgique : Crise de selles diarrhéiques avec sang, poussée thermique pendant 15 jours, n'ayant cependant pas nécessité l'évacuation. Depuis cette époque crises analogues, plus ou moins longues, jusqu'en octobre 1917, dans la Somme, où survint une crise aiguë : selles dysenteriformes avec sang mélangé, glaires, fausses membranes ; jusqu'à 17 selles par 24 heures ; coliques violentes avec douleurs lombaires ; température à 39, 40° par poussées. Hospitalisé à Estrées-St-Denis où il fut traité par la diète absolue, puis par un régime spécial pour combattre les alternatives de diarrhée et de constipation. Série de piqûres de cacodylate. Sort de l'Hôpital après un mois et demi très amaigri (10 kgs) et affaibli. Pendant sa convalescence, le malade va bien, a des selles moulées, moyennant un régime sévère ; il doit néanmoins demander une prolongation qu'il obtient ; il remonte au front en hiver et ce n'est que cinq mois après en juillet 1918, au moment de l'offensive allemande du Kemmel, où le surmenage et une intoxication par les gaz, ayant amené des vomissements, que se déclenchent les mêmes symptômes qu'en octobre 1917. Il est traité par des piqûres d'Emétine (6 piq. de 0,02 centigr.) qui font beaucoup diminuer le nombre des selles et même les ramènent à une consistance normale. A ce moment le malade éprouve surtout des troubles dyspeptiques : ballonnement, lourdeur, renvois acides. On lui donne du bicarboeate de soude. Sur sa demande il est renvoyé à Lyon.

A L'ENTRÉE : teint pâle, pas d'œdème, pas d'ictère, la langue est un peu sale. La palpation comme la percussion de la région abdominale ne révèle rien de particulier. La sonorité gastrique est normale, la palpation des hypochondres n'est pas douloureuse ; foie et rate normaux. Le malade est en ce moment en période de constipation.

Il éprouve après l'ingestion d'un repas ordinaire et surtout de une heure à une heure et demie après, une sensation de ballonnement accompagnée de céphalée et somnolence, qui l'obligent à se coucher. Il a des renvois très acides qui provoquent des sensations de brûlure. Si le repas est plus copieux qu'à l'ordinaire, il n'est pas toléré et provoque des vomissements. Quelques douleurs coliques le soir.

Examen des autres organes négatif.

31-7-18. — EXAMEN DE M. CADE. - Actuellement il persiste quelques troubles dyspeptiques gastriques (pesanteur après le repas, ballonnement, quelques renvois acides) et parfois vomissements alimentaires moyennement abondants. Pas de troubles intestinaux actuels, selle régulière quotidienne.

Sujet amaigri, pâle, rien au cœur ni aux poumons. Corde colique gauche.

Weber négatif - Selles moulées brun clair.

6.-8.-18. — CHIMISME GASTRIQUE. - Spasme violent.

Hcl libre	1,27
AT	2,23
Hcl combiné	0,36

CHAPITRE II

LES TROUBLES MOTEURS : LEURS RAPPORTS AVEC LA SENSIBILITE ET LA SECRETION

De tous les troubles moteurs le mieux connu, parce que le plus fréquent, est certainement l'atonie. Sa connaissance est relativement ancienne, mais la conception qu'on s'en faisait primitivement a subi, au point de vue clinique et pathogénique une lente évolution dont nous croyons intéressant de rappeler au début de ce chapitre les phases principales. Les travaux de **Bouchard**, en suscitant des controverses animées et des objections nombreuses, marquent le début des acquisitions nouvelles sur la question.

On sait que **Bouchard**, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, en 1884, et dans la thèse de son élève **Legendre**, en 1886, décrivit, sous le nom de dilatation, une sorte de maladie primitive de l'estomac due au défaut de rétraction de l'organe. Les deux signes principaux qu'il en donnait étaient le clapotage le matin à jeun, après ingestion d'un verre d'eau, et le retard de l'évacuation gastrique. Consécutivement s'établissaient la stase et les fermentations qui entraînaient

la formation de produits toxiques, dont la résorption déterminait à son tour tout un ensemble de troubles généraux de la nutrition, que Bouchard s'attacha à décrire minutieusement.

On s'aperçut bientôt que cette doctrine si séduisante, englobait des maladies de nature fort différente, et par l'effet des travaux critiques ultérieurs, elle fut soumise à une série de démembrements successifs.

En Allemagne, **Boas** ; en France, **Debove** et **Rémond**, **Mathieu**, **Bouveret**, contribuèrent à isoler une variété de dilatation avec rétention alimentaire le matin à jeun : c'est la dilatation par sténose pylorique des auteurs contemporains.

Les travaux de **Hayem**, de **Soupault** et **Hartmann** montrèrent que le syndrome de Reichmann n'était autre chose qu'une sorte de dilatation avec hypersécrétion, due à une sténose incomplète pylorique ou sous-pylorique.

Enfin, un petit nombre de dilatations furent isolées qui paraissent relever de dégénérescences variées des tuniques musculaires.

CONCEPTION ACTUELLE DE L'ATONIE.

A côté de ces cas où les lésions anatomiques rendent compte du trouble moteur, il en est d'autres où les recherches anatomiques n'ont rien révélé. Ce sont ces derniers cas qui ressortissent à la dilatation atonique, appelée encore myasthénie par les auteurs allemands. **G. Sée** et **Mathieu** sont parmi les premiers en France à en avoir affirmé l'existence et **Mathieu** la fit plus tard rentrer dans le cadre de la dyspepsie sensitivo-mo-

trice. Elle représente actuellement tout ce qui reste de l'ancien groupe décrit par Bouchard. Sa pathogénie, d'ailleurs, demeure très controversée. Les uns, avec **Glénard**, la rattachent à l'entéroptose ; d'autres, comme **Hayem**, font intervenir la gastrite comme sa cause essentielle ; **Mathieu** et **J.-C. Roux** insistent particulièrement sur le rôle des troubles nerveux, de l'hyperesthésie du plexus solaire, et de l'inanition ; MM. **Paviot** et **Gardère**, se basant sur leurs observations anatomo-cliniques, pensent qu'un certain nombre d'atonies gastriques relèvent d'altérations de la tunique musculaire consécutives à des inflammations répétées du péritoine sus-jacent.

DONNEES CLINIQUES

Chacune de ces théories renferme sa part de vérité et il est probable que la dilatation atonique ne répond pas à une pathogénie univoque. Quoi qu'il en soit de ces opinions diverses, les caractères cliniques de l'atonie sont maintenant bien fixés. Par exemple, il est un point bien acquis, c'est que le clapotage à jeun après ingestion d'un demi-verre d'eau est, non pas comme l'enseignait **Bouchard**, un signe de dilatation, mais un signe certain de diminution de la tonicité de l'estomac. Le clapotage tardif (5 à 6 heures après un repas ordinaire) indice d'un retard dans l'évacuation, est également fonction de l'insuffisance musculaire, mais c'est un symptôme inconstant. Il peut, en effet, manquer ; beaucoup d'estomacs même, très atones, se vident dans les délais normaux.

Ce qui distingue la dilatation atonique de la dilatation

par sténose complète ou incomplète du pylore, c'est l'absence de rétention alimentaire le matin à jeun, ou d'hypersécrétion ; la myasthénie simple ne s'accompagne jamais, d'autre part, de contractions péristaltiques visibles à l'épigastre.

Disons enfin que la ptôse de l'estomac est fréquemment la conséquence de l'atonie : le clapotage au-dessous d'une ligne allant de l'ombilic à la 11^e côte en est le signe pathognomonique.

DONNEES DE LA RADIOSCOPIE

Mais de toutes les méthodes employées pour apprécier le degré de tonicité de l'estomac, il n'en est pas qui fournissent de renseignements plus précieux que la Radioscopie. Les nombreux travaux de **J.-C. Roux** et **Balthazar**, de **Béclère**, de **Cerné** et **Delaforge**, de **Leven** et **Barret**, d'**Enriquez** et **Durand** en France, ceux de **Holzknicht**, de **Schlesinger**, en Allemagne, ont contribué à développer cette intéressante question. A l'heure actuelle, l'accord semble être fait et la plupart des radiologues admettent, avec **Schlesinger**, que l'estomac peut revêtir quatre formes principales suivant sa tonicité.

a) **Type hypertonique.** — Ou estomac en corne de **Holzknicht**, caractérisé par l'exiguité de toutes ses dimensions ; dans son ensemble, il est en grande partie thoracique, avec chambre à air de petit volume ; il atteint son plus grand développement sous la coupole diaphragmatique où se trouve le niveau supérieur du liquide bismuthé, et va en s'effilant vers la région pylorique, qui, dans certains cas, est même complètement absente.

Les contractions sont exagérées à début précoce, et l'évacuation rapide.

b) **Type orthotonique** : bulle d'air en demi-cercle, limite inférieure de l'estomac descendant un peu au-dessous de l'ombilic.

c) **Type hypotonique** : bulle d'air plus allongée, portion prépylorique nettement ascendante, limite inférieure à un travers de main au-dessous de l'ombilic.

d) **Type atonique** : bien décrit par Leven et Barret qui, les premiers, ont mis en évidence un caractère capital : le mode de remplissage tout particulier de cet estomac. Au moment de l'arrivée du liquide bismuthé, l'estomac, au lieu de réagir et de s'adapter sur son contenu, se comporte comme un sac inerte, à parois flasques et se remplit par le fond. Le niveau du liquide s'élève proportionnellement à la quantité ingérée en même temps que les parois musculaires s'étirent à leur partie médiane donnant à l'organe une forme en sablier. L'étranglement peut être assez marqué pour faire penser à une biloculation. Mais on constate que celle-ci disparaît facilement par la pression au niveau de la zone inférieure, qui détermine l'ascension du liquide dans la partie moyenne et fait disparaître aisément le rétrécissement.

La ptôse est presque toujours combinée à ce degré d'atonie, et la limite inférieure de l'estomac descend plus ou moins au-dessous des crêtes iliaques.

Enfin, dans certains cas, on note un léger retard dans l'évacuation; le bas-fond de l'estomac contenant du résidu bismuthé 5 à 6 heures après l'ingestion.

On voit donc que nous sommes aujourd'hui en pos-

session d'un ensemble de signes cliniques et radioscopiques permettant de poser, à coup sûr, le diagnostic d'atonie gastrique. Sur cette base radioclinique solide, il devient dès lors possible d'étudier dans de bonnes conditions les rapports de ce trouble moteur avec les autres altérations de la fonction gastrique.

L'ATONIE DANS SES RAPPORTS AVEC LES TROUBLES SENSITIFS ET SECRETOIRES

Nous avons vu, au début de ce travail, que dans les différentes classifications des dyspepsies l'atonie était rangée dans le cadre de la dyspepsie hypochlorhydrique ou hyposthénique, autrement dit qu'elle était considérée comme accompagnant la dépression sécrétoire et le syndrome flatulent. Dans la « Presse Médicale » (1908), **Enriquez** et **Durand**, décrivant la ptôse atonique, disent qu'elle se voit chez les malades atteints de dyspepsie asthénique, et dans un nouvel article, en 1912, ces mêmes auteurs, traitant la question de l'estomac hypertonique arrivent aux conclusions suivantes que nous reproduisons intégralement : « Le type hypertonique se rencontre aussi fréquemment chez l'homme que le type hypotonique chez la femme. Il caractérise assez bien le type de dyspepsie hypersthénique de Soupault comme le type atonique associé à la ptôse caractérise la dyspepsie hyposthénique. Associée à l'hyperkinésie, l'hypertonie gastrique apparaît comme la manifestation dans le domaine de la motilité de l'état d'excitation de l'innervation gastrique dans son ensemble, excitation qui commande chez les mêmes sujets l'hyper-

chlorhydrie dans le domaine de la sécrétion et l'hyperesthésie dans celui de la sensibilité ».

Ces conclusions ne sont pas à l'abri de toute critique. On peut rencontrer, en effet, l'estomac hypertonique chez des sujets atteints de dépression sécrétoire marquée. Dans un rapport sur cette question des discordances, que M. Savy nous a permis de consulter, nous avons relevé, en particulier, trois cas d'estomac hypertonique coexistant avec des acidités totales de 0.18, 0.21, 0.54. Même en admettant que A. T. soit uniquement due à H Cl, on ne saurait parler, dans ces cas, d'hyperchlorhydrie.

Les mêmes réserves s'imposent en ce qui concerne les rapports de l'atonie avec la sécrétion et la sensibilité. Le parallélisme, affirmé par **Enriquez** et **Durand**, n'est pas toujours réalisé.

Hertzog, avant l'ère radioscopique, a étudié la motricité et le chimisme chez des malades atteints de dyspepsie nerveuse et chez lesquels le diagnostic d'ulcus, de cancer ou de dilatation avait pu être soigneusement rejeté. Voici le résultat de ses recherches :

Sur 14 sujets examinés, l'affaiblissement de la motricité coïncidait :

1° Avec hyperacidité : 5 fois.

A. T. supérieure à 3/1.000 :

H Cl compris entre 2,382 et 3,037/1.000 .

2° Avec acidité normale : 3 fois.

3° Avec acidité inférieure : 1 seule fois.

A T = 1.62

H Cl = 1,04

La motricité était normale :

1° Avec hyperacidité : 3 fois.

A T entre 3,12 et 4,96/1.000 .

H Cl jusqu'à 3,77/1.000 .

2° Avec acidité normale.

H Cl = 1,89

3° Avec acidité inférieure : 0.

Bouveret, dans son traité, écrit également : « La sécrétion chlorhydropeptique varie suivant la maladie primitive. Beaucoup de cas d'hyperchlorhydrie protopathique s'accompagnant d'une diminution notable de la tonicité musculaire. La sécrétion et la motilité sont l'une et l'autre troublées, mais en sens inverse ; c'est une erreur de croire que l'hyperchlorhydrie consiste toujours en une excitation parallèle de ces deux fonctions ».

La dilatation atonique simple, dit Soupault, peut s'accompagner de tous les types du chimisme, le plus souvent, il y a hypochlorhydrie, mais quelquefois on peut avoir hyperchlorhydrie. Quant aux phénomènes douloureux, s'ils revêtent le plus souvent le type flatulent, ils peuvent consister parfois en douleurs vives.

Loeper, étudiant les douleurs gastriques précoces, c'est-à-dire survenant dans la première heure de la digestion, au cours des dyspepsies simples, les a rencontrées avec les états chimiques les plus variés. Il a trouvé des hyper et des hypo-chlorhydriques et le taux de la sécrétion paraît peu intervenir dans la production des malaises. L'examen radioscopique systématique lui a montré, d'autre part, les types d'estomac les plus divers. Tantôt il s'agit d'estomacs que l'auteur appelle protestataires : hypertoniques, choréiques,

étranglés avec spasme mésogastrique, tantôt il s'agit d'estomacs ptôsés, parfois simplement atones ou dilatés. Et il semble difficile d'établir un rapport entre ces divers types radiologiques et le caractère ou l'horaire de la douleur.

Sous le nom de syndrome atonique des voies digestives, **M. F. Barjon** décrit une scène radiologique spéciale se rencontrant surtout chez les nerveux et caractérisée par une atonie générale de tout le système digestif. Les divers segments peuvent être intéressés simultanément ou isolément et le plus souvent aucun signe subjectif ne révèle cet état, seule l'exploration radiologique en démontre l'existence. En ce qui concerne l'estomac, le plus fréquemment les troubles subjectifs revêtent les caractères du syndrome flatulent, survenant immédiatement après le repas. Mais on peut voir aussi le syndrome dyspeptique tardif avec vomissements survenant 3 ou 4 heures après le repas et de vives douleurs pouvant faire croire à la présence d'un ulcus. Dans tous les cas l'examen radiologique permet de constater un estomac ptôsé et atonique, avec léger retard dans l'évacuation. Il n'est pas rare (9 fois sur 10), que l'évacuation soit normale et qu'il n'y ait plus de bismuth dans l'organe 3 ou 4 heures après l'ingestion.

Nous avons pu réunir dix observations qui montrent bien que l'atonie gastrique peut se voir avec tous les genres de chimisme et de troubles sensitifs. Parmi ces observations, il en est quatre que nous avons empruntées à la thèse de **Miffre** et qui relatent des faits de douleurs tardives avec hypochlorhydrie. Il semblerait qu'elles se fussent mieux trouvées à leur place dans le cha-

pitre précédent. Cependant, nous les avons groupées dans cette partie de notre travail parce que bien que l'auteur n'ait pas eu en vue la question qui nous préoccupe, dans tous les cas l'atonie gastrique a été notée, ainsi qu'en témoigne l'épreuve du clapotage positive 3, 4, 5 heures après l'ingestion de minimes quantités de liquide (petit déjeuner). Nous sommes donc bien là en présence d'un syndrome clinique hyperchlorhydrique avec hypochlorhydrie au chimisme et atonie : à la discordance sensitivo-sécrétoire s'ajoute la discordance sensivito-motrice. (Observations I, II, III et IV).

Les observations V et VI présentent ceci de particulier qu'il s'agit dans les deux cas de syndrome douloureux précoce avec hyperchlorhydrie, accompagné d'atonie. Celle-ci est prouvée dans l'observation V par le mode de remplissage de l'estomac sous l'écran. Quant au sujet qui fait l'objet de l'observation VI, il est remarquable de constater que pendant une première période il a souffert de malaises précoces du type flatulent qui se sont ensuite peu à peu transformés en véritables douleurs survenant toujours immédiatement après les repas. Le clapotage gastrique facile, la distension du bas-fond révélée par l'examen radioscopique, ainsi qu'un léger retard dans l'évacuation du bismuth, permettent de poser le diagnostic d'atonie.

Dans l'observation VII, H Cl n'a pas été dosé, mais existe en notable quantité ; les douleurs tardives sont très nettes et l'atonie est indiscutable, étant donné le mode de remplissage de l'estomac.

Les signes radioscopiques de la dilatation atonique sont au complet dans l'observation suivante (VIII) :

- 1° Remplissage par le fond ;
- 2° Bas-fond dilaté et abaissé à un travers de main au-dessous des crêtes iliaques ;
- 3° Léger résidu bismuthé dans le bas-fond cinq heures après.

Le chimisme est pourtant normal, et les douleurs sont tardives (3 ou 4 heures après le repas).

Les observations IX et X ont trait à des douleurs du type hyperchlorhydrique sans hyperchlorhydrie au chimisme. Dans le premier cas, il y a du clapotage tardif, indice d'un certain degré d'insuffisance musculaire et la radioscopie montre un estomac abaissé. Dans le second cas, deux heures après le petit déjeuner, léger degré de succession gastrique ; sous l'écran, le bas-fond de l'estomac est à quatre travers de doigt au-dessous des crêtes iliaques et du bismuth y est encore retenu cinq heures après. En somme, chez ces deux sujets, la déficience de la fonction motrice n'est pas douteuse ; malgré cela, le chimisme est normal ($H\ Cl = 0,9$) et les douleurs n'ont rien du malaise flatulent classique.

Ces divers documents résument toutes les variétés possibles de dissociations du syndrome hyposthénique ou asthénique et nous amènent aux conclusions suivantes :

- 1° L'atonie gastrique n'est pas toujours contemporaine de l'insuffisance sécrétoire, elle peut exister avec un chimisme normal ou hypernormal.

- 2° Elle n'est pas non plus forcément associée au syndrome flatulent et elle peut se rencontrer dans des états dyspeptiques à expressions cliniques variées (douleurs précoces, douleurs tardives).

3° L'évacuation n'est pas constamment retardée dans la dilatation atonique. Quand ce retard existe, il ne semble pas engendrer des troubles sensitifs spéciaux et caractéristiques.

OBSERVATIONS (2^{me} Partie)

OBSERVATION I.

Douleurs tardives - Hypochlorhydrie
(Clapotage 3 heures après ingestion de Liquide)
(MIFFRE, Thèse, de Bordeaux 1908)

J.-B..., 31 ans, mécanicien.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Rien à signaler.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — N'a jamais été malade jusqu'à l'âge de 27 ans où il a eu la grippe

Le malade est très nerveux et très préoccupé de son état actuel.

Il nous dit que depuis cinq ou six mois il éprouve au creux épigastrique, une douleur excessivement vive survenant trois heures après le repas de midi, douleur qu'il caractérise par le mot de crampe. L'ingestion d'aliments ou de liquide à ce moment-là le soulage pendant quelques minutes, puis il recommence à souffrir, et cela pendant une heure, quelquefois deux. La douleur ne dure généralement pas jusqu'au repas du soir, qu'il prend avec plaisir. Bon appétit.

Son sommeil est assez souvent agité, troublé par des cauchemars. Il se réveille souvent la nuit, mais ce n'est pas la douleur qui en est cause. Il a peur de mourir.

A l'examen on constate de l'atonie gastrique; clapotage 3 heures après l'ingestion de liquide. Pas de douleur à la palpation.

Langue bonne, état général bon.

Rien d'anormal du côté des autres organes.

Le malade dit être constipé.

L'examen de son chyme gastrique, pratiqué le 10 mars, après repas d'Ewald, donne les résultats suivants :

Acidité totale.	0 gr. 82.0/00
Hcl libre.	0 gr. 25
Hcl total	0 gr. 60

TRAITEMENT ORDONNÉ. — Sulfate de soude à prendre à petites doses le matin à jeun; potion à l'eau chloroformée.

Un mois après le malade ne souffre plus. Nous le tubons à nouveau et nous constatons les mêmes chiffres.

Acidité totale.....	0 gr. 85
Hcl libre.....	0 gr. 23
Hcl total.....	0 gr. 60

OBSERVATION II.

Douleurs tardives - Hypochlorhydrie.

(Clapotage 5 heures après le petit déjeuner)

(SELLIER, *Loc. cit.* 1905)

J.-Q..., homme de 45 ans, cultivateur.

SIGNES SUBJECTIFS. — Crampes d'estomac quatre à cinq heures après le repas. Sensation de brûlure trois à quatre heures après les repas. Ces phénomènes sont calmés par l'absorption d'aliments ou de boissons. Appétit médiocre. Vomissements assez fréquents après les repas. Constipation.

SIGNES OBJECTIFS. — Langue bonne. Estomac ptosé, descend à deux travers de doigt au dessous de l'ombilic. Clapotage 5 heures après le petit déjeuner du matin.

Analyse du chyme stomacal après le repas d'Ewald :

Acidité totale.....	0 gr. 73 0/00
Hcl libre.....	0
Hcl total.....	0 gr. 50
Réaction lactique.....	très nette.

OBSERVATION III.

Douleurs tardives - Hypochlorhydrie

(Clapotage 5 heures après le petit déjeuner)

(SELLIER, *Loc. cit.* 1905)

S.-J..., homme de 29 ans, bculanger.

SIGNES SUBJECTIFS. — Sensation de brûlure quatre à cinq heures après le repas de midi. Crampes stomacales vers 4

heures de l'après-midi. Les douleurs sont calmées par l'ingestion de liquide. Inappétence. Constipation.

SIGNES OBJECTIFS. — Langue rosée et humide. Légère ptose stomacale. Douleur épigastrique à la pression.

Clapotage cinq heures après l'absorption du petit déjeuner du matin. Rien du côté du foie.

Analyse du chyme gastrique après repas d'Ewald :

Acidité totale	0 gr. 25 0/00
Hcl libre	0
Hcl total	0 gr. 20
Réaction lactique	très nette.

OBSERVATION IV.

Douleurs tardives - Hypochlorhydrie

(Clapotage 4 heures après ingestion d'une tasse de lait)

(SELLIER, *Loc. cit.*)

L.-L..., 41 ans, garçon d'hôtel.

SIGNES SUBJECTIFS. — Sensation de brûlure quatre heures environ après le repas de midi. Crampes stomacales douloureuses. Ces phénomènes sont calmés par l'absorption d'aliments ou de boissons. Très bon appétit.

SIGNES OBJECTIFS. — Epigastre douloureux à la pression. Clapotage stomacal quatre heures après l'absorption d'une simple tasse de lait. Langue rosée et humide. Rien d'appréciable du côté du foie.

Analyse du chyme gastrique après repas d'Ewald :

Acidité totale	1 gr. 76
Hcl libre	0 gr. 46
Hcl total	1 gr. 68

OBSERVATION V.

Douleurs hyperchlorhydriques du type précoce

Hyperchlorhydrie au Chimisme

Estomac Hypotonique (Radio)

(Service de M. le Docteur SAVY)

M... Eveline, 27 ans, domestique.

Vient à l'Hôpital en septembre 1919 parce qu'elle souffre de l'estomac.

A. H. — Père vivant, éthylique avéré, atteint de bronchite chronique pour laquelle il fait tous les hivers un séjour à l'hôpital. Mère morte d'une tumeur abdominale, probablement néoplasme utérin.

Personnellement la malade a toujours eu une excellente santé jusqu'en *Janvier 1915*.

A ce moment elle commence à sentir que ses digestions se font mal. Immédiatement après le repas lourdeur au creux épigastrique, cette lourdeur s'accompagnait d'une céphalée tellement intense qu'elle l'obligeait parfois à se mettre au lit. En même temps pyrosis, sensations de brûlures vives avec régurgitations acides. A noter que la malade faisait à cette époque un usage immodéré de vinaigre et absorbait de nombreuses salades. Elle eut des nausées très vives, mais sans vomissement. Tous ces troubles se renouvelèrent sans changement chaque jour, pendant 3 mois, sans que la malade modifia en quoi que ce soit son régime habituel. Excellent appétit.

En *Mars 1915*, la malade accouche d'un enfant qui meurt 20 jours après de dysenterie. La grossesse et l'accouchement furent pour la malade la source de sérieux ennuis. Elle s'attacha en effet à rendre ces événements inconnus de sa famille; elle se leva trop tôt après son accouchement et arrivé chez elle elle eut une métrorrhagie assez abondante qui cependant s'arrêta d'elle-même. Huit jours après, elle reprit son travail.

En *Juin 1915*, Bronchite qui l'obligea à garder le lit pendant trois semaines. Depuis, elle se mit à restreindre son alimentation, à cause de la persistance des douleurs gastriques, elle devenait facilement irritable. Elle remplaça le vin qui lui brûlait l'estomac par du café dont elle fit un copieux abus.

En *Juillet 1915* un incident nouveau survint : après un repas durant lequel elle ne fit aucun excès, elle ressentit à l'estomac une brûlure plus vive que de coutume, accompagnée de céphalée intense, et obligeant même la malade à appuyer la main sur la région épigastrique pour atténuer la douleur. Brusquement, 3 heures environ après ce repas elle vomit un demi-verre de sang. Malgré cela elle reprit son travail.

Pendant un mois elle continua à travailler, crachant du

sang pur ou seulement quelques filets quotidiennement, et le plus souvent après ses repas (mais suivant un horaire variable). Les douleurs allaient en croissant sans cesse et débutaient toujours un quart d'heure à une demi-heure après les repas, s'accompagnant d'une irritabilité considérable du caractère.

En *Août 1915*, elle est soignée par un médecin qui porte le diagnostic d'ulcère (lait glacé, bicarbonate de soude). Quinze jours après, elle entre à St-Pothin où elle reste pendant 20 jours (lait et potages). On lui trouve du sang dans les sellés. Elle quitte l'hôpital, parce qu'elle est dans une salle de tuberculeux, va passer 5 mois chez ses parents et revient à Lyon. Elle suit son régime, se repose et se sent améliorée.

En *Août 1916*, le docteur Bérard lui conseille de rentrer à nouveau à Saint-Pothin; elle n'y reste qu'un mois, on ne lui faisait suivre aucun régime et ses douleurs devenaient plus violentes,

En *Janvier 1917*, elle est appelée auprès de sa mère malade, elle la soigne et se surmène pendant un an, mais elle suit son régime et le séjour à la campagne l'améliore. Sa mère étant morte, elle revient à Lyon en décembre 1917 auprès de sa sœur, suit son régime par intermittences et se remet à souffrir.

Elle entre finalement à l'Hôtel-Dieu parce qu'elle trouve que son état s'aggrave, elle s'inquiète parce qu'elle continue à cracher du sang à intervalles irréguliers (tous les huit ou quinze jours). Elle souffre de l'estomac, dit-elle, lorsqu'elle va cracher du sang, et elle rejette quelques filets de sang mêlés de salive. Jamais de sang pur depuis 1915.

EXAMEN PULMONAIRE. — Sommet droit un peu soufflant.

CŒUR normal.

Pas de clapotage à jeun.

Urines : ni sucre ni albumine.

12 *Septembre 1919*. — Chimisme gastrique (après repas d'épreuve).

1° Avec tube B. V.

A. T. = 3.8

H. libre = 2.8

Acides de fermentations = 0.3

Hcl combiné = 0.7

Sang : néant

2° Examen par pharmacien.

Hcl libre = 2.40

A. T. = 3.45

Sang = 0

13 Septembre 1919. - EXAMEN DE M. LE DOCTEUR SAVY.

En résumé la malade présente, depuis 1915, des douleurs gastriques qui se sont accrues depuis son accouchement. Ces douleurs sont précoces et surviennent un quart-d'heure après l'ingestion alimentaire, à tous les repas, analogues à des brûlures, avec irradiations dorsales, sans vomissements. Elles disparaissent au bout d'une demi-heure sous l'influence du bi-carbonate de soude elles ne se produisent pas quand la malade suit son régime. L'examen est négatif, la palpation du creux épigastrique est cependant un peu douloureuse.

La question se pose de savoir s'il s'agit d'un ulcus ou de simples troubles dyspeptiques.

1° En faveur d'une dyspepsie simple plaident : le caractère des douleurs, qui sont précoces, s'accompagnent de céphalée, ne sont jamais violentes. En outre, la malade est une névropathe caractérisée : elle a abusé des aliments excitants, elle a eu des contrariétés à l'occasion de son accouchement et du surmenage, éléments suffisants pour expliquer l'apparition de la dyspepsie.

2° En faveur de l'ulcus (qui serait haut situé puisque la douleur est immédiate) il n'y a guère que l'apparition de ce vomissement de sang qui se serait produit dès 1915 et que la malade évalue à un demi-verre de sang (de sang rouge). Les médecins qui la virent pensèrent à un ulcus (docteur Pauly). Un doute persiste néanmoins, car la malade dit que de temps à autre, elle crache des filets de sang. La respiration étant un peu soufflante au sommet droit et son père paraissant atteint de bacilliose, peut-être s'agit-il d'une hémoptysie.

16 Septembre 1919. M. Savy - EXAMEN RADIOSCOPIQUE. — Estomac hypotonique qui se remplit d'abord au niveau du bas-fond, lequel siège à deux travers de doigts au-dessous des crêtes iliaques. Contractions normales. D'autre part, les sommets sont gris, mais surtout le droit qui ne s'éclaire pas à la toux, à ce niveau la respiration est rude, un peu soufflante, sans râle. Il est donc possible que l'hémorragie ait une provenance pul-

monaire comme tendrait du reste à le prouver les crachats sanglants consécutifs.

6 Octobre 1919. — Après quelques jours de régime lacto-végétarien, amélioration progressive des fonctions digestives. La malade veut augmenter son alimentation, immédiatement les douleurs reparaissent. On lui fait prendre des paquets de 15 grammes de carbonate de bismuth qui l'améliorent un peu. Mais il faut dire qu'elle se met d'elle-même à un régime très libéral (mangeant à toute heure et un peu de tout). Moral excellent, elle part aujourd'hui à Margnolles d'où elle doit revenir aux premiers symptômes de rechute.

OBSERVATION VI.

Douleurs hyperchlorhydriques du type précoce
Hyperchlorhydrie au chimisme
Estomac atonique et ptosé. Retard de l'évacuation (Radio)
(Service de M. le Docteur CADE)

D... Victor, 46 ans, serrurier.

Entre le 6 Novembre 1918.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Mère morte à 38 ans, probablement bacillaire. Père mort accidentellement.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Fièvre typhoïde à 19 ans, grave sans complications. Pendant son service militaire, congestion de la base gauche qui guérit en un mois sans laisser de traces

En 1913, ictère bénin qui dure un mois et guérit complètement. Depuis cette époque, constipation habituelle, nie tout éthylisme et toute spécificité.

Réformé d'avant-guerre pour fracture de la jambe gauche au tiers inférieur avec consolidation vicieuse.

HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE. — Depuis Août 1915 le sujet se plaint de pesanteur du creux épigastrique survenant après le repas; peu à peu les douleurs sont devenues plus vives,

les vomissements sont apparus en octobre et le sujet est allé depuis en s'amaigrissant.

Le 4 novembre il est présenté à la consultation, le 6, il entre dans le service.

SYMPTOMES DE L'ENTRÉE. — A maigri de 5 kgs depuis deux mois et a perdu ses forces.

APPÉTIT DIMINUÉ SANS ANOREXIE-ÉLECTIVE pour la viande et les graisses.

ACCUSE DES DOULEURS constantes au creux épigastrique s'exagérant une demi-heure après le repas, elles deviennent alors très vives et sont calmées par les alcalins.

VOMISSEMENTS INTERMITTENTS, ne se produisent pas quand le sujet s'astreint à son régime. Ils apparaissent en général une heure après l'ingestion des aliments, ils sont uniquement alimentaires et très acides, ils soulagent le malade. Actuellement celui-ci n'accuse que des renvois aigres. Constipation habituelle, une selle tous les deux jours.

Jamais ni hématemèse ni melœna.

A L'EXAMEN : Sujet amaigri, pâle, sans ictère ni subictère, langue nette, dentition très insuffisante.

ABDOMEN FLASQUE, déprimé.

Creux épigastrique sensible dans son ensemble, présente un point douloureux sur la ligne médiane. L'estomac paraît très dilaté, clapotant facilement, succussion positive. Pas d'ondes péristaltiques, exploration négative au point de vue tumeur

Quelques douleurs au palper et fosses iliaques, corde colique perçue à gauche.

FOIE plutôt petit et légèrement abaissé. Rate, reins, cœur, poumons, système nerveux normaux. Urines : ni sucre ni albumine.

17 Novembre 1918. — CHIMISME GASTRIQUE.

On retire 100 cc de liquide homogène.

Hcl libre = 1.72

A. T. = 2.45

15 Novembre 1918. — RADIOSCOPIE GASTRIQUE

Estomac atonique, bas fond distendu et très abaissé. Rien à gauche sur les contours, contractions lentes mais efficaces.

5 HEURES APRÈS, léger reliquat de Baryte dans le fond de l'estomac.

17 Novembre. - EXAMEN DES SELLES. — Selles moulées, toucher rectal négatif.

OBSERVATION VII

**Douleurs tardives - Hel en notable quantité
Estomac atonique avec allongement vertical (Radio)**
(Observation N° 461 Service du Dr CADE)

H... Jean, 34 ans, découpeur sur bois.

Pas d'antécédents héréditaires.

Personnellement une rougeole à 13 ans assez grave.

Classe 1904 ajourné 2 fois pour faiblesse de constitution, fait 9 mois de service sans incidents. Mobilisé le 3 août 1914, évacué à 4 reprises différentes, successivement pour blessures, intoxication alimentaire, accès de paludisme, embarras gastrique.

Evacué enfin le 23 décembre 1917 pour gastralgie et amaigrissement. Depuis cette époque séjourne dans les Hôpitaux. Entre le 11 juin dans le service du Dr CADE.

HISTOIRE DE LA MALADIE. - Depuis 1916 le malade souffrait de troubles gastriques vagues ; dans le cours de l'année 1917 il éprouve des douleurs gastriques survenant par accès et extrêmement douloureuses, mais ne s'accompagnant d'aucun phénomène objectif. L'état du sujet ne s'est pas modifié au cours de ces derniers mois.

SYMPTÔMES A L'ENTRÉE. - Aurait maigri de 8 kgs depuis sa dernière évacuation, se plaint d'avoir perdu ses forces.

AU POINT DE VUE DIGESTIF. - Appétit conservé. Le sujet accuse des douleurs au creux épigastrique qui ne s'accompagnent pas de vomissements et qui se produisent par crises à jeun comme après le repas.

En même temps renvois aigres, ni diarrhée ni constipation.

A L'EXAMEN : Teint mat, plutôt pâle, mais sans ictère, ni subictère, langue nette, dentition suffisante.

Le creux épigastrique douloureux dans son ensemble permet pourtant la palpation profonde. Il n'y a pas de point douloureux

exquis, mais le sujet indique que la douleur a son maximum sur la ligne médiane à peu près à mi-chemin de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde.

Estomac paraît dilaté, son aire de sonorité est augmentée, la succussion provoque un clapotage exagéré (le malade étant à jeun).

Aucun signe de sténosé, ni tension superficielle de l'épigastre, ni ondes péristaltiques.

Abdomen normal comme volume, comme tonicité. La palpation révèle une corde colique gauche, la rate est normale, le foie n'est pas hypertrophié, les reins ne sont pas perçus.

CHIMISME GASTRIQUE. - Repas d'épreuve : 100 gr. de pain, un verre de thé. Extraction à l'aide du tube de Faucher, une heure après ingestion.

Le liquide retiré est homogène, bien mastiqué, il renferme de l'Hcl en notable quantité et un peu d'acide lactique.

Les autres appareils sont normaux.

18 avril 1918. Poids 57 kgs.

EXAMEN DE M. CADE. - 20 Avril 1918. - Il s'agit d'un malade qui accuse depuis fin décembre des phénomènes douloureux gastriques et abdominaux, ces derniers assez vagues, les autres caractérisés par des douleurs d'apparition tardive, accompagnées de sensation de brûlures et rappelant le syndrome hyperchlorhydrique.

Atonie stomacale, l'estomac clapote facilement même après le petit déjeuner du matin.

Selles normales, pas de stase gastrique.

RADIOSCOPIE, 21 Avril 1918. - Estomac situé à gauche en forme de J. Région pylorique au niveau de la ligne médiane.

Pôle inférieur abaissé, sis à 3 travers de doigt au dessous de la lignes des crêtes iliaques.

Au moment du remplissage le bismuth s'accumule immédiatement dans le bas-fond qui se distend et devient globuleux.

Contours nets, douleurs diffuses à la pression, sans point électif gastrique. Les contractions sont retardées, lentes mais efficaces.

CONCLUSION : Estomac allongé, abaissé et hypotonique.

3 heures après ingestion de Bismuth évacuation est complète.

OBSERVATION VIII

Douleurs tardives, chimisme normal Estomac atonique et allongé (Radio)

(Service de M. le D^r CADE)

B... Auguste, 38 ans. Lustreur en soierie.

Aurait commencé à souffrir de l'estomac en février 1917. Etant aux tranchées il aurait pris froid et brusquement se serait mis à vomir. Vomissements alimentaires, mêlés à du sang, il aurait constaté que ses selles étaient noires. Douleurs parfois très violentes s'accompagnant d'irradiations thoraciques survenant 1-2 heures après le repas. En même temps respiration difficile ; aussitôt après avoir mangé le malade se sent abattu il a envie de se coucher. Etourdissements, vertiges, quelquefois sueurs après un repas abondant. Renvois aigres de temps en temps. Nie l'Ethylisme et la spécificité. Aurait maigri de 20 kgs depuis le début de la guerre.

En juillet 1917 entre dans le service de M. le Professeur Roque. Au cours de ce séjour, il présente des hémorragies, qui sont considérées comme hémosialémèse.

Versé dans le service auxiliaire et affecté au C.O.A. du 14^{me} Corps, il entre dans le service de M. le D^r CADE en septembre 1917.

13 Septembre 1917. - Weber négatif.

14 Septembre 1917. - Examen de M. le D^r CADE.

Le malade se plaint de souffrir 3 ou 4 heures après le repas. Pas de vomissements depuis son entrée à l'Hôpital. Il aurait eu des vomissements mélangés de sang à l'infirmerie. Pendant un séjour antérieur à l'Hôtel-Dieu (Salle Ste-Elisabeth) au mois de juillet 1917, les hématémèses ont été considérées comme hémosialémèse. C'est un aérophage. Sensibilité épigastrique à la pression, qui détermine la déglutition d'air. Pas de succussion.

Examen : négatif.

Etat général assez bon. - Pas d'anémie.

26 Septembre 1917. - Hier soir, vomissements alimentaires de suite après le repas - Weber négatif (vomissements).

16 Septembre. - RADIOSCOPIE. - Avant remplissage rien d'anormal. Pendant le remplissage on voit les bouchées bismu-

thées tomber en masse dans le bas-fond qui seul se remplit et dont le point le plus déclive se trouve à une main au-dessous des crêtes iliaques. Bas-fond très dilaté - Contours de l'estomac sont nets. La poche à air est très volumineuse. Point douloureux extra-gastrique - Motilité diminuée. Contractions très lentes et paraissant efficaces.

5 heures après léger résidu bismuthé dans le bas-fond.

8 octobre. - CHIMISME. - Après un repas d'épreuve on retire 60 cm³ bouillie de pain. Pas d'aliments de la veille.

Hcl.....	1,09
Hcl total.....	1,64

OBSERVATION IX

Douleurs du type hyperclorhydrique
Pas d'hyperchlorhydrie au chimisme
Légère hypersécrétion digestive
Estomac légèrement atonique (clapage tardif facile)
Estomac abaissé (Radio)

(Observation n° 581 - Service de M. le Docteur CADE)

G... Charles, 46 ans, caviste.

Rien de bien particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE.— Depuis l'âge de 25 ans souffre de troubles digestifs. Au commencement le malade a eu des vomissements alimentaires accompagnés de douleurs vagues au creux épigastrique. Les mêmes douleurs se manifestaient périodiquement et dépendaient en général des aliments ingérés.

Depuis cette époque jusqu'à la guerre de 1914. le malade a eu quelques crises périodiques de vomissements tous les ans. Il convient de signaler que le malade travaille dans les caves où on prépare le vin de champagne et qu'il vit dans un milieu « acide » (expression du malade).

Depuis la guerre, la maladie s'aggrave de jour en jour.

1 à 2 h après le repas, vomissements alimentaires abondants suivis de douleurs vives au creux épigastrique. Bien souvent, vomissements bilieux et toujours sans efforts. Un régime spé-

cial améliore l'état du malade. Il convient de noter qu'en mangeant du riz, des purées et des pâtes, le malade ne vomit pas. Les aliments frais lui sont insupportables.

Le matin le malade se sent mieux que le soir.

Salivation abondante - Pyrosis.

Constipation opiniâtre depuis longtemps. Nie tout éthylisme. Denture suffisante, aurait beaucoup maigri.

Mobilisé le 2 Août 1914, d'abord comme garde-voies du 46^e Territorial, puis au front pendant 5 mois, il est finalement versé aux C.O.A. à Limoges comme père de 5 enfants.

Malade, il est hospitalisé à Cette pendant 2 mois. Convalescence d'un mois à la suite de laquelle il rejoint son dépôt, passe ensuite à Angoulême dans une usine de guerre et puis enfin entre à St-Fons le 15 mai 1917. Il est à nouveau hospitalisé et obtient une convalescence de un mois. Le 7 octobre 1918 il est admis dans le service de M. Cade, à l'Hôtel-Dieu.

15 Octobre. - Weber négatif.

EXAMEN DU DOCTEUR CADE. — 17-10. - Syndrôme hyperchlohydrique douloureux. Douleurs une heure après le repas. Parfois vomissements. Douleur à l'épigastre à la pression. Bien souvent pyrosis. Clapotage facile assez loin du repas. Corde colique gauche. Ventre un peu mou.

Rien au cœur ni aux poumons.

20-10. - Poids : 52 k. 600.

CHIMISME GASTRIQUE 30-10. — On retire à la sonde environ 200 cc de liquide alimentaire homogène ne contenant pas de débris d'aliments ingérés la veille.

Hcl	0.94
Hcl combiné	0.21
Acides organiques	0.94
Acidité totale	2.08

Poids le 31-10 : 53 k. 600.

— le 7-11 : 55 k. 600.

— le 16-11 : 58 k. 600.

RADIOSCOPIE (18-18). — Estomac de forme normale, abaissé, à parois très distendues, contours nets région pylorique, douloureuse.

Péristaltisme normal.

Evacuation dans les délais normaux.

OBSERVATION X

Syndrôme hyperchlorhydrique
Pas d'hyperchlorhydrie au chimisme
Estomac allongé avec évacuation un peu lente (Radio)
(Clapotage 2 heures après le petit déjeuner)
(Service de M. le Dr CADE)

L... Jean, 45 ans, cultivateur.

Entré le 11 septembre 1918.

HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE. - Depuis une fièvre typhoïde qu'il a eu à l'âge de 11 ans, le malade n'a pas cessé de souffrir de l'estomac. Douleurs localisées à l'épigastre survenant une heure après avoir mangé et accompagnées parfois de vomissements alimentaires. Eructations et pyrosis. Les douleurs étaient calmées momentanément par l'ingestion d'aliments (liquides ou solides) - Coliques - Constipation fréquente suivie de débâcles. Très souvent diarrhée qui ne durait pas longtemps. Les douleurs survenant après l'ingestion d'aliments étaient un peu calmées par la pression sur l'épigastre. Aussi le malade se tenait-il constamment replié sur lui-même pour essayer de calmer les symptômes douloureux. Depuis sa jeunesse, le malade a eu à déplorer la fréquence et la violence des crises qui sont allées en augmentant avec l'âge. Les douleurs ont été surtout exaspérées lors de l'intoxication par les gaz asphyxiants survenue le 21 octobre 1915

Le malade a été envoyé par ordre de M. le Professeur ROQUE dans le Service de M. CADE avec le diagnostic de son billet d'Hôpital « Gastro-entérite chronique ».

11 Septembre 1918. - Amaigrissement marqué. - Malade affaibli.

13.-9.-18. - Weber négatif.

14.-9.-18. - **EXAMEN DE M. CADE :** Le malade accuse à l'épigastre une heure après le repas, une douleur durant à peu près pendant 2 heures. Quelques renvois brûlants. Il y aurait quelques vomissements quand il s'écarte un peu de son régime. Battements épigastriques assez énergiques. Sensibilité à la palpation à l'épigastre. Corde colique gauche. *Léger degré de succussion gastrique, deux heures après le petit déjeuner.*

Rien au cœur ni aux poumons. Dépression nerveuse, amaigrissement.

17.-9.-18. - CHIMISME. - Après repas d'épreuve on retire 120 cc de bouillie de pain sans résidus de la veille.

Hcl..... 0,9

A.T..... 1,7

18.-9.-18. - Urines : ni sucre ni albumine.

RADIOSCOPIE. (16.9.18.) ESTOMAC : avant le remplissage rien d'anormal. Estomac en forme de crochet. Le remplissage se fait normalement. De petites irrégularités se manifestent sur la petite courbure mais ne persistent pas à la pression. Le bas-fond est abaissé à 4 travers de doigt au-dessous des crêtes iliaques. Mobilité normale. Point douloureux extra-gastrique. Contractions lentes mais efficaces.

5 heures après résidu bismuthé dans le bas-fond.

CHAPITRE III

CONCEPTION CLINIQUE DES DYSPEPSIES

De l'analyse des faits que nous venons d'exposer, on est en droit de conclure que la concordance entre les troubles sensitifs, moteurs et sécrétoires dans les dyspepsies n'est pas une vérité clinique incontestable. La division des malades en hyperchlorhydriques et hypochlorhydriques, en hypersthéniques et hyposthéniques, répond à une généralisation qui ne se vérifie pas dans tous les cas. Les troubles de la motricité, pas plus que ceux de la sécrétion, n'ont d'expression symptomatique caractéristique ; autrement dit, de la forme clinique que prennent les troubles sensitifs, on ne saurait déduire telle ou telle viciation motrice ou sécrétoire. Cette notion de l'indépendance entre les phénomènes subjectifs et les diverses modifications regardées comme pathologiques des deux autres éléments de la fonctionnalité gastrique, n'a pas seulement un intérêt purement doctrinal ou spéculatif. A admettre sans conteste la catégorisation classique, on risque d'être conduit à des interprétations souvent erronées en ce qui concerne le diagnostic, le pronostic et le traitement des états dyspeptiques.

Dans quelques ouvrages récents, les auteurs ont cru devoir tenir compte de ces données nouvelles. **M. Cade**, dans son traité, donne à ces faits leur véritable valeur. Il pense qu'il est impossible d'individualiser des types cliniques répondant à telle ou telle perturbation fonctionnelle de l'estomac. Il serait arbitraire de distinguer des dyspepsies motrice, sensitive, sécrétoire. Ces divers troubles peuvent se montrer, en effet, simultanément, alternativement ou successivement chez le même sujet. « Il ne serait pas légitime, écrit **M. Cade**, d'imposer une expression, un type clinique personnel et constant aux diverses viciations du chimisme et de la motricité gastrique. Il y a des états dyspeptiques avec atonie ou spasme, il n'y a pas une dyspepsie atonique et une dyspepsie hypertonique. Il y a des états dyspeptiques avec hyperchlorhydrie, hypochlorhydrie ou avec fermentations anormales, il n'y a pas une dyspepsie hyperchlorhydrique, hypochlorhydrique ou fermentative. D'ailleurs, les modifications du chimisme sont inconstantes et variables, pouvant se substituer l'une à l'autre ou alterner l'une avec l'autre chez le même sujet ».

En réalité, ce qui domine l'état dyspeptique, c'est le trouble sensitif. C'est lui qui est le phénomène primitif et essentiel ; c'est lui qui attire l'attention du malade et qui dirige le médecin dans ses investigations cliniques. Cette viciation de la sensibilité gastrique peut s'accompagner, ou non, de troubles moteurs et sécrétoires. Mais ces derniers ne peuvent créer la dyspepsie. Nous avons vu, en effet, que souvent des modifications importantes de la formule sécrétoire n'entraînaient aucune douleur, et il y a longtemps déjà que **Bouchard**

a montré qu'un nombre considérable de dilatations atoniques ont une évolution absolument latente. Par contre la dyspepsie existe dès qu'il y a des troubles sensitifs, et ceux-ci peuvent en être l'unique manifestation.

Et ainsi, il est remarquable de constater que quarante années après la préface de Lasègue au traité de Brinton, les lumineux concepts établis par l'illustre médecin, au sujet des dyspepsies, sont toujours vrais. On peut dire, sans crainte, que les méthodes d'exploration les plus perfectionnées n'ont pas fourni de résultats permettant d'infirmar, en quoi que ce soit, les idées de cet auteur, basées sur une observation clinique minutieuse. « La définition de la dyspepsie, dit Lasègue, est impossible ; celui qui se contente de la définir en disant qu'elle est un trouble ou une difficulté de la digestion, n'a fait que traduire le mot grec dans une autre langue ; celui qui l'appelle une maladie purement fonctionnelle n'a pas plus avancé la science. Néanmoins, parmi les affections stomacales, le plus grand nombre appartient à cette classe : le médecin qui, par un amour exclusif du rigoureux, l'exclurait de la théorie, ne saurait comment la supprimer dans la pratique ». C'est le phénomène douloureux qui, avant tout, caractérise l'état dyspeptique : « Le dyspeptique n'est dyspeptique qu'à la condition de souffrir et de se plaindre, et, à ce titre, il reste toujours le principal témoin et le plus indispensable lorsqu'il s'agit d'instruire son histoire ». Et, plus loin, l'auteur ajoute : « Toute perversion digestive dont le malade n'a pas conscience, est à éliminer de la dyspepsie... à l'inverse, toute perversion digestive ressentie par le malade, et créant des sensations incommodes,

rentre dans la définition des états : dyspeptiques ». Actuellement encore, on ne peut que souscrire, sans réserve, à cette conception des dyspepsies : l'existence d'une dyspepsie indolente est en contradiction formelle avec les enseignements de la clinique.

Le seul critérium inattaquable de l'existence d'une dyspepsie demeure donc la viciation sensitive, et les modalités symptomatiques qu'elle peut revêtir, permettent de distinguer différentes variétés d'états dyspeptiques. On a reconnu, en effet, que les troubles sensitifs se réduisent à un certain nombre de types peu nombreux et tout à fait caractéristiques. C'est sur cette base que peut s'établir, au point de vue purement clinique, une classification des dyspepsies. Une telle classification ne préjuge en rien de la nature des troubles moteurs ou chimiques associés qui, nous l'avons vu, sont d'importance secondaire et ne paraissent pas avoir une influence directrice précise sur l'évolution des phénomènes sensitifs.

Quelques auteurs, dont notre maître M. Savy, tenant compte de ces faits, pensent que l'on peut classer les dyspepsies en deux catégories :

1° **Dyspepsies douloureuses** dans lesquelles les troubles sensitifs se traduisent par des douleurs véritables qui peuvent se présenter sous trois formes :

a) **Douleurs précoces** survenant un quart d'heure à une demi-heure après le repas ; considérées pendant longtemps comme l'apanage de l'ulcus gastrique, elles sont, en réalité, peut-être plus fréquentes dans la dyspepsie simple ;

b) **Douleurs tardives** apparaissant de deux à cinq

heures après le repas, et dont les caractères sont bien connus.

c) **Douleurs intermédiaires** qui, par leur horaire, s'intercalent entre les deux types précédents.

2° **Dyspepsies flatulentes**, où il n'y a pas de douleurs vraies, mais plutôt une sensation de malaise (pesanteur, ballonnement, congestion de la face, etc...), à apparition précoce, immédiatement après le repas.

En dehors de ces phénomènes douloureux, il n'y a aucun trouble chimique ou moteur qui caractérise plus particulièrement l'une ou l'autre de ces dyspepsies. La dyspepsie douloureuse n'est pas plus exclusivement hyperchlorhydrique ou hypersthénique que la dyspepsie flatulente n'est, elle-même, exclusivement hypochlorhydrique ou hyposthénique.

Il semble bien que dans l'état actuel de nos connaissances, cette conception clinique des dyspepsies, basée sur l'interprétation des phénomènes subjectifs, soit encore la meilleure. A l'avantage de la simplicité, elle joint celui d'être en accord complet avec les faits.

CONCLUSIONS

I. — Les états dyspeptiques ne se traduisent pas toujours, en clinique, par les syndromes classiques : hyperchlorhydrie ou hypochlorhydrie, hypersthénie ou hyposthénie. Cette classification nosologique semble admettre une sorte de concordance entre les troubles moteurs, sensitifs et sécrétoires qui n'existe pas constamment.

II. — Le syndrome, dit hyperchlorhydrique ou hypersthénique, caractérisé par les douleurs tardives, ou plus rarement par les douleurs précoces, peut être associé à un chimisme normal, hypernormal ou hyponormal.

III. — Le syndrome, dit hypochlorhydrique ou hyposthénique, caractérisé par le malaise flatulent, se rencontre non seulement avec un chimisme hypochlorhydrique, mais aussi dans l'hyperchlorhydrie.

IV. — L'atonie gastrique n'est pas exclusivement liée au syndrome flatulent, mais peut accompagner cliniquement des douleurs tardives nettes ou des douleurs précoces. Elle ne concorde pas forcément avec l'hypo-

chlorhydrie et il n'est pas rare que l'hyperchlorhydrie coexiste avec cette variété de trouble moteur.

V. — L'hypertonie gastrique peut être contemporaine d'une insuffisance sécrétoire marquée.

VI. — La classification clinique la plus rationnelle des dyspepsies est, actuellement, celle qui s'inspire, avant tout, des modalités cliniques du trouble sensitif.

Le Président de la thèse,

VU :

PAVIOT

Le Doyen,

POUR LE DOYEN :

L'Assesseur,

JEAN LÉPINE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 3 Juin 1920.

LE RECTEUR PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- F. BARJON. — Syndrôme atonique des voies digestives chez les nerveux — Etude de radiologie clinique. *Lyon Médical*, 10 Février 1920.
- BINET. — *Thèse*, de Paris 1905 : les alcalins.
- BOAS. — *Die Krankheiten des Magens*, 2 vol.
- BOUCHARD. — Du rôle pathogénique de la dilatation de l'estomac et de ses relations avec diverses manifestations morbides. *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1884.
- BOUSSON, A. — *Thèse*, de Lyon 1920 : Du bicarbonate de soude dans le traitement des douleurs tardives de l'estomac.
- BOUVERET. — *Traité des maladies de l'estomac*, 1893-
— La crampe du pylore, *Lyon Médical*, 1901.
- BOUVERET et DEVIC. — *Dyspepsie par hypersécrétion acide*, Paris 1892.
- CADE. — *Précis des maladies de l'estomac et de l'intestin*, 1910.
O. Doin, éditeur.
- CADE et LATARJET. — Réalisation pathologique du petit estomac de Pawlow. Etude physiologique et histologique. *Lyon Médical*, 1904 et *Journal de Physiologie et de Pathologie Générale*, 1905.
- CARL et FANTINO. — Sténoses pyloriques et leur rapport avec l'hyperchlorhydrie. *Semaine Médicale* 1897.
- CAUTRU. — *Thèse*, de Paris 1894. De l'emploi des agents physiques et en particulier du massage dans le traitement des dyspepsies. Le Massage de l'estomac dans ses rapports avec le chimisme.
- DOYEN. — Spasme du pylore en rapport avec l'hypersthénie gastrique. *Médecine Moderne*, 1897.
- DUJARDIN-BAUMETZ. — Considérations historiques sur les maladies de l'estomac et leur traitement. *Union Médicale*, 22 Juillet 1890.

- DUBOURDIEU. — Contribution à l'étude du chimisme et du fonctionnement de l'estomac. *Thèse*, de Bordeaux 1908.
- DURAND, G. — Valeur séméiologique des douleurs tardives. *Progrès Médical* 1914.
- DURAND. — Variations du chimisme stomacal à l'état normal. *Thèse*, de Bordeaux 1901-02.
- EINHORN. — *Arch. für Verdauungs-Krankheiten*, page 23, année 1901. Achylie gastrique à forme pseudohyperchlorhydrique.
- ENRIQUEZ et DURAND. — *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, Mai 1918.
— *Presse Médicale*, 1912. L'estomac hypertonique.
— — — 1908. Ptôse et dilatation de l'estomac
- ENRIQUEZ, BINET et DURAND. — Du mode d'action du bicarbonate de soude sur les douleurs gastriques tardives; étude radioscopique. *Société de Thérap.*, 10 juin 1913.
- GARDÈRE. — *Thèse*, de Lyon 1910. Les dilatations gastriques par altérations de la tunique musculaire consécutives aux inflammations répétées du péritoine gastrique.
- GLÉNARD. — Le Procès du chimisme stomacal devant le Congrès de Lyon. *Lyon Médical*, 17 février 1895.
- HAYEM. — *Traité de Médecine Brouardet et Gilbert*.
— *Congrès de Médecine*, 1894: chimisme stomacal.
— *Archives générales de Médecine*, 1905: Cancer de l'estomac à forme gastralgique.
- HERTZOG. — *Zeitschrift für klinische Medizin*, 1890. Bd. XVII. Nervösen Dyspepsie.
- ILLOWAY. — *New-York Medical Journal*, 1901: Hyperacidity.
- KAUFMANN. — Magen Chemismus und Atonie. *Wiener Med. Wochenschrift* n^{os} 17 et 18, 1905.
- LABBÉ. — 1) L'apepsie gastrique: *Progrès Médical* 1913; *Revue générale de Clinique et Thérapeutique*, 1912; *Journal de Médecine de Paris*, 1912.
2) Etude de séméiologie gastrique: *Société Méd. des Hôpitaux de Paris*, Mai 1919.
- LASEGUÉ. — *Etudes Médicales*, 1884, et Préface au *Traité de Brinton*.
- LEGENDRE. — Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde. *Thèse de Paris*, 1886.
- LINOSSIER. — 1^o Congrès de Médecine de Lyon, 1894. - Composition du chimisme stomacal.
— *Bulletin Médical*, 1895.

- LINOSSIER et LEMOINE. — Sur un cas de dyspepsie à chimisme variable. *Revue de Médecine*, 1893.
- *Traité* de Soupault et Hartmann : Maladies de l'estomac.
- L'hyperchlorhydrie et son traitement. *Journal des Praticiens*, 1900.
- LÆPER. — Diagnostic des douleurs tardives, *Prog. Méd.* 1913.
- *Leçons de pathologie digestive*, 4^{me} série. 1919 : Les douleurs précoces dans les dyspepsies.
- LUSCAN. — Spasme du pylore. *Thèse*, de Bordeaux 1910-11.
- LE PANNETIER DE ROISSAY. — Les vraies et les fausses dyspepsies. *Thèse*, de Paris 1910-11.
- LYON, G. — Maladies de l'estomac.
- Quelques considérations sur la classification et le traitement des gastropathies, *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*, Paris 1900.
- MATHIEU. — 1^o Congrès de Médecine de Lyon 1894 : Valeur clinique du chimisme stomacal.
- Maladies de l'estomac. - In Charcot-Bouchard, *Traité de pathologie générale*.
- *Société de thérapeutique*, 1900 : Classification des dyspepsies (discussion avec Robin, Legendre).
- MATHIEU et SENCERT. — *Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac*, Paris 1919.
- MOUSSAULT. — De la douleur à type hyperchlorhydrique dans le cancer de l'estomac. *Thèse*, de Paris 1901-02.
- MOLINA. — Pathogénie, classification et traitement des dyspepsies. *Thèse*, de Paris 1910-11.
- MIFFRE. — De l'indépendance entre les signes subjectifs et le chimisme stomacal dans la dyspepsie hyperchlorhydrique. *Thèse*, de Bordeaux 1906.
- PAVIOT, J.-M. — *Précis de diagnostic médical et de séméiologie*, O. Doin 1912, 2^{me} édition.
- PETER. — Dyspeptiques et gastralgiques, *Union Médicale* 1890.
- PLÉSIOANU. — Contribution à l'étude de l'hyperchlorhydrie et son traitement. *Thèse*, de Paris 1897.
- PRON, L. — *Traité des maladies de l'estomac*. — Pseudo hypochlorhydrie et gastropathies frustes au point de vue diagnostic. *Société thérapeutique*, 10 mai 1916.
- Hypochlorhydrie et pseudohypochlorhydrie, *Journal des Praticiens*, 31 Mars 1917.
- Les anomalies dans la symptomatologie et les effets thérapeutiques chez certains dyspeptiques. *Journal des Praticiens*, 21 février 1920,

- Valeur très relative de l'analyse du suc gastrique comme moyen diagnostique. *Journal des Praticiens*, 20 avr. 17.
- RAMOND, F. — Anachlorhydrie et aepsie. - Le syndrome anachlorhydrique. *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 7 fév. 1919.
- RAMOND, F., CARRIÉ et Alexis PETIT. — Les achlorhydries non néoplastiques. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 12 oct. 1917.
- ROBIN, A. — Les maladies de l'estomac ; diagnostic et traitement, Paris 1900.
- *Bulletin de la Société de Thérapeutique*, 1900 : Classification des dyspepsies.
- *Journal de Médecine de Paris*, 1910 : Comment il faut comprendre les dyspepsies pour les traiter.
- ROUX, J.C. — In Debove et Achard. *Manuel des maladies de l'estomac*. Masson, Paris 1907.
- Les renseignements fournis par le chimisme gastrique. *La Clinique*, 29 Mai 1908.
- ROUX, J.C. et MATHIEU. — *Pathologie gastrointestinale*, Tome I.
- SALLES. — Contribution à l'étude des sténoses spasmodiques du pylore. *Thèse*, de Paris 1910.
- SANSONI. — *Riforma Médica*, 1897.
- *Presse Méd.*, 1900. Hyperchlorhydrie simple primitive.
- SATTRE, A. — *Thèse*, de Lyon 1908 : Contribution à l'étude de la motricité stomacale dans les conditions normales et pathologiques.
- SAVY, P. — *Précis de pratique médicale*. O. Doin 1920.
- SEE, G. et MATHIEU. — La dilatation atonique. *Revue de Médecine*, 1884.
- SEE, G. — Hyperchlorhydrie et atonie. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1888.
- SOUPAULT, HARTMANN et LINOSSIER. — *Traité des maladies de l'estomac*, 1906.
- SOUPAULT. — Dyspepsie nerveuse. *Thèse*, de Paris 1893.
- Les douleurs gastriques. *Journal des sciences médicales de Lille*, 1904.
- SELLIER. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1903 et 1905.
- STEEL (Philadelphie). — In *Presse Médicale*, 1906. Rôle de l'acidité dans la symptomatologie gastrique.
- VERHÆGEN. — *La Cellule*, 1898. De la variabilité de l'acidité gastrique à l'état normal.
- *La Cellule*, 1898. Acidité réelle des hyperchlorhydriques.
-

